



**UNIVERSIDADE DO MINHO**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**ANO LETIVO 2015/2016 - 4º ANO**

**Autor: Jayce Amede Furtado Onofre Volta, Nº 2563**

**Mindelo, 22 de Junho de 2017**



Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura e Enfermagem.

Jayce A.F. Onofre Volta, nº 2563

***Intervenção de Enfermagem em crianças de zero a cinco anos com pneumonia aguda***

Orientador: Dr. José Luís Spencer

Mindelo, Junho de 2017

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus filhos e ao meu  
marido pelo apoio incondicional.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ser o meu anjo protetor, por dar-me força para chegar até aqui e por nunca me desamparar nos momentos mais difíceis da minha vida.

Agradeço profundamente ao meu marido, pelo carinho, paciência, compreensão e conforto nos momentos difíceis, não medindo esforços para que eu pudesse chegar até aqui.

Aos meus filhos, que muito me apoiaram e compreensivamente aceitaram os momentos em que não pude ser totalmente mãe.

Agradeço os meus professores, pelo apoio durante esse longo percurso e ao meu orientador, Doutor José Luís Spencer por toda a sua dedicação e disponibilidade em transmitir o seu conhecimento, contribuindo de uma forma significativa neste processo.

Aos enfermeiros da pediatria do Hospital Baptista de Sousa, cuja colaboração e incentivo foram imprescindíveis durante este trajeto.

Aos meus queridos amigos e todas as pessoas que, ao longo desta caminhada, colaboraram direta e indiretamente para a concretização deste desejo.

Por fim quero agradecer à Universidade do Mindelo e ao Hospital José Baptista de Sousa.

## Epígrafe

*“A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor.”*

Florence Nightingale

## RESUMO

Nos países em desenvolvimento, a pneumonia aguda nas crianças contribui para uma maior taxa de morbilidade e mortalidade infantil. Em Cabo Verde, é uma das patologias de maior incidência nessa faixa etária.

Deste modo, considerou-se pertinente desenvolver o presente trabalho, intitulado “Intervenção de Enfermagem em crianças de zero a cinco anos, com pneumonia aguda” no serviço da Pediatria do Hospital Baptista de Sousa, S.Vicente, tendo como objetivo principal conhecer a assistência de enfermagem na enfermaria da pediatria, em casos de pneumonia aguda nas crianças de zero a cinco anos.

Consequentemente, para dar resposta ao estudo, outros aspectos não menos importantes foram tidos em consideração como identificar as estratégias e as limitações nas intervenções de enfermagem, descrever as acções de enfermagem na prevenção de possíveis complicações e identificar os contributos de enfermagem em casos de pneumonia aguda em crianças de 0 a 5 anos no Hospital Baptista de Sousa.

Este estudo é de natureza descritiva, tendo com base a metodologia qualitativa, pois a amostra é formada por seis enfermeiros da enfermaria da pediatria do Hospital Baptista de Sousa.

O guião de entrevista é o instrumento utilizado para recolha de informações e o tratamento dos dados feitos através da análise de conteúdos e apresentados através de tabelas, com as respectivas conclusões.

Pôde-se constatar através da pesquisa que, o enfermeiro tem um papel importante no atendimento e assistência da criança de 0 a 5 anos com pneumonia aguda por estar a maior parte do tempo junto delas e ainda na assistência aos familiares dando-lhes as informações necessárias para o cuidar após a alta hospitalar.

Na análise dos dados pode-se concluir que o serviço de enfermaria da Pediatria do Hospital Baptista de Sousa apresenta algumas limitações no atendimento a crianças de 0 a 5 anos com pneumonia aguda, nomeadamente ao espaço limitado, grande défice de materiais adequados para um tratamento eficaz e a falta de comunicação entre o enfermeiro e os familiares da criança hospitalizada.

**Palavras-chave:** Pneumonia aguda, Infecções Respiratórias nas crianças, Sistema respiratório, intervenções de enfermagem.

## **ABSTRACT**

In developing Countries the Acute pneumonia in children is a higher rate of infant morbidity and mortality. In Cape Verde is one of the higher incidence conditions at this age range.

Therefore, it was considered relevant to build up a study in the field of the "Nursing Intervention on children under five years old with the Acute pneumonia" at the Pediatric service of the Hospital Baptista de Sousa, S.Vicente, which aim is to know the nursing assistance at the nursery pediatric service in cases of acute pneumonia in children aged 0 to 5 years old.

Consequently, to answer the study, other important aspects were taken in consideration like the strategies and actions in use, the existent restraints and the nursery contributions in case of acute pneumonia in children aged 0 to 5 years old, at the Hospital Baptista de Sousa.

This is a descriptive study having as base the qualitative methodology as the target population is formed by six nurses of the Pediatric nursery of the Hospital Baptista de Sousa.

The interview guide is the data collection instrument and the processing of data was done through the analysis of the content with the respective conclusion.

It can be noted through this research that the nurse plays an important role in the assistance and care of the children under 5 years old with acute pneumonia, for being with them most of the time and in the assistance of the relatives, giving them all the necessary guidance for caring after the hospital discharge.

In the analysis of the collected data can be conclude that the Paediatric service of the Hospital Baptista de Sousa, S.Vicente has some limitations in the assistance of the children with acute pneumonia, namely the limited space, the deficit of the appropriate materials and equipment for an effective treatment and the lack of communication between the nurse and the relatives of the hospitalized child.

**Keywords:** Acute Pneumonia, Respiratory Infections, Respiratory system, nursing intervention.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AIDI** – Atenção Integral à Doenças da Infância

**FR** – Frequência Respiratória

**HBS** – Hospital Baptista de Sousa

**IM** – Intramuscular

**IRA** – Infecções Respiratórias Agudas

**RPM** – Respirações por minuto

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPAS** – Organização Pan Americana da Saúde

**UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**NUM** – Número

**DIAG** – Diagnóstico

**NHF** – Necessidades Humanas Fundamentais

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA.....	15
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	21
1.1. O Sistema Respiratório.....	22
1.2.O Pulmão .....	23
1.2.1.Diferenças entre o pulmão saudável e o pulmão em estado crítico.....	24
1.3. Doenças respiratórias em crianças.....	25
1.4. Definição de Pneumonia.....	27
1.4.1 As fontes de risco da pneumonia.....	29
1.4.2 Manifestações Clínicas da Pneumonia nas crianças.....	30
1.4.3 Diagnóstico.....	31
1.5. A Pneumonia Aguda nas crianças de 0 a 5 anos .....	33
1.5.1 Dispneia.....	33
1.5.2 Tosse.....	35
1.6. Tratamento da Pneumonia aguda nas crianças de zero a cinco anos.....	35
1.7 Prevenção da Pneumonia.....	37
1.7.1. A vacina Pneumocócica.....	38
1.8.Os cuidados de Enfermagem às Crianças com Pneumonia Aguda. ....	39
1.8.1. Intervenção de Enfermagem em casos de pneumonia aguda em crianças de 0 a 5 anos. ....	40
CAPITULO II - METODOLOGIA .....	43
2.1 Tipo de pesquisa .....	44
2.2 Instrumento de recolha de informações.....	44

2.3. Campo Empírico.....	45
2.4. População-alvo .....	47
2.5. Procedimentos Éticos .....	47
CAPITULO III – FASE EMPÍRICA .....	49
3.1. Análise dos Resultados.....	50
3.2. Apresentação dos Dados da Entrevistas .....	51
3.3. Conclusão dos Resultados .....	57
Considerações Finais.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
LISTA DE SITES CONSULTADOS .....	66
ANEXOS.....	67
APÊNDICES .....	83

## **ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES**

Ilustração 1 Sistema Respiratório .....	22
Ilustração 2 Pulmão .....	23
Ilustração 3 Raio X Pulmonar .....	24
Ilustração 4 Processo De Respiração.....	34

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1- obitos por pneumonia em crianças menores de 5 anos .....	16
Tabela 2- Morbilidades da pneumonia de 2010 a 2014 .....	17
Tabela 3 – Taxa de incidência de pneumonia em menores de 5 anos .....	17
Tabela 4 – Óbitos por afeções respiratórias segundo género em 2014. ....	18
Tabela 5 – Internamentos na Pediatria do HBS em crianças 0-5 anos de 2010-2014.....	19
Tabela 6 – Diferenças entre um pulmão saudável e doente.....	25
Tabela 7 – Doenças respiratórias.....	27
Tabela 8 – Classificação das pneumonias.....	28
Tabela 9 – Características dos participantes.....	50

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no âmbito do plano curricular do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, exigida para a avaliação final. O intuito desta monografia é de preparação no campo de investigação científica e o consequente despertar da postura profissional, apropriada para uma constante procura do saber científico.

A escolha do tema “Intervenção de enfermagem em crianças de 0 a 5 anos com pneumonia aguda deve-se, para além de motivações pessoais, ao interesse que suscitou durante os ensaios clínicos, ao se constatar que essa doença inflamatória atinge crianças especialmente nos primeiros cinco anos de vida, pela vulnerabilidade do trato respiratório nessa faixa etária.

É uma das patologias mais prevalentes na infância, resultantes de vários fatores que provocam inúmeras complicações, podendo levar inclusive ao aumento das taxas de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento.

Para fazer face a esta problemática, torna-se importante que o enfermeiro esteja devidamente preparado para programar o plano terapêutico de cuidados, sob o auxílio dos Diagnósticos de Enfermagem que contribuem para a escolha dos cuidados que melhor se adaptam a resultados favoráveis para um bom prognóstico do caso pelo qual é responsável.

O enfermeiro interfere também como educador e conselheiro da criança e de praticamente toda a família, cuidando de todos os aspetos relevantes à patologia, as suas implicações físicas e psicológicas na saúde tanto para as crianças como os familiares.

A elaboração do trabalho pretende reforçar o conhecimento e competências suficientes para se lidar com situações de crianças de 0 a 5 anos com pneumonia aguda e assim poder-se prestar uma boa assistência a criança enferma.

Assim, o Trabalho de Conclusão Curso encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, apresenta-se o enquadramento teórico, descrevendo os principais aspectos básicos para o estudo como conceitos chave, etiologia, as manifestações clínicas, os cuidados e a intervenção de enfermagem em crianças de 0 a 5 anos com pneumonia aguda, no HBS. No segundo capítulo apresenta-se a metodologia, com o tipo de pesquisa e

a abordagem utilizada, os instrumentos de recolha de informações, o campo empírico, a população alvo e os procedimentos éticos. No terceiro capítulo, a fase empírica, caracterizam-se as amostras, com análises e discussão dos resultados obtidos, apresentando posteriormente as considerações finais.

Após a exposição dos capítulos, segue-se as referências bibliográficas, os anexos e apêndices.

O trabalho foi realizado com base na compilação, *Guia para investigar e redigir*.

## JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA

A escolha do tema foi consequência das observações durante os ensinamentos clínicos, onde constatou-se que são elevados os números de atendimentos e de internamentos hospitalares em crianças de zero a cinco anos com pneumonia aguda na pediatria do Hospital Baptista de Sousa e factor relevante é o retorno muitas vezes, de alguns casos ao serviço de urgência.

O objectivo deste trabalho é conhecer as intervenções de enfermagem nas crianças de zero a cinco anos com pneumonia aguda na enfermaria do HBS, e as acções desenvolvidas para minimizar as elevadas taxas de morbilidades e mortalidades da pneumonia em crianças de 0 a 5 anos, no Hospital Baptista de Sousa. Por outro lado, é uma mais-valia para a classe dos enfermeiros, por trazer mais uma abordagem sobre o tema e melhorando assim a eficácia na prestação de cuidados à criança enferma.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2009), “a pneumonia aguda é uma patologia que causa um profundo impacto nas crianças e famílias a nível mundial e, é a principal causa da mortalidade infantil em todo o mundo”. Por ano, morrem cerca de 1,2 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade, por pneumonia. Pelas estatísticas da ONU (2015), 16 mil crianças morrem diariamente com pneumonia. Ainda de acordo com a mesma fonte, o número de óbitos em crianças com menos de 5 anos diminuiu de 12,7 milhões por ano em 1990 para 5,9 milhões em 2015. Para Ban Ki-moon, secretário-geral da ONU (2015), “combater a pneumonia é essencial para atingir os objectivos de desenvolvimento do milénio”.

Segundo a ONU (2015), dados da UNICEF confirmam que “a pneumonia é uma das principais causas de morte de crianças, num total de 15% de mortes ou aproximadamente 940 mil crianças por ano”. Ainda os dados da ONU (2015) estimam que em determinados países como a Índia, Etiópia, Paquistão, Nigéria, Congo e China, aproximadamente 51% de todas as mortes em menores de 5 anos ocorrem por causa da pneumonia.

Em Cabo Verde, de acordo com os dados estatísticos do Ministério da Saúde (2014), o número de óbitos por pneumonia aguda, em crianças de zero a cinco anos, em 2010 foi de 102 com uma taxa de mortalidade infantil por cada 1000 nascidos vivos, 42,7

%, sendo de 64 óbitos para o sexo masculino (48,1%) e um total de 38 óbitos para o sexo feminino (35,8%).

Constatou-se um aumento de óbitos por pneumonia aguda em crianças de 0 a 5 anos em 2011, num total de 129 óbitos (55,4%), divididos por 73 no género masculino (64,6%) e no género feminino um total de 56 (46,7%). A taxa de mortalidade infantil, por pneumonia aguda aumentou no ano de 2012, traduzindo-se em 163 óbitos (62%), 96 masculinos (64,4%), e no género feminino 67 óbitos (60,4%). Ainda de acordo com os mesmos dados, o ano de 2013 revela uma diminuição de óbitos para 150 (57,3%), onde 91 eram do sexo masculino (59,9%) e 59 (53,6%) eram do sexo feminino.

Os últimos dados estatísticos do Ministério de saúde de Cabo Verde (2014), concernentes aos óbitos por pneumonia em crianças de 0 a 5 anos de idade, no ano 2014, revelaram uma elevada taxa da mortalidade infantil por pneumonia. De 150 óbitos em 2013 para 168 (62,7) óbitos em 2014, em que 98 (62,8%) referem-se ao sexo masculino e 70 (62,5%) ao sexo feminino.

**Tabela 1**

**Óbitos por pneumonia nas crianças menores de cinco anos de idade em Cabo Verde**

<b>Ano</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Feminino</b>	<b>%</b>
2010	102	42,7	64	48,1	38	35,8
2011	129	55,4	73	64,6	56	46,7
2012	163	62	96	64,4	67	60,4
2013	150	57,3	91	59,9	59	53,6
2014	168	62,7	98	62,8	70	62,5

Fonte: Serviço Vigilância Epidemiológica/DNS/MS (2010/2014)



**Tabela 2**

**Morbilidades da pneumonia notificados, sob vigilância epidemiológica, em C.Verde de 2010 a 2014.**

<b>Ano</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Pneumonia < 5 anos de idade	1153	1550	1667	1313	1170

Fonte: Serviço Vigilância Epidemiológica/DNS, PNLS/DNS (2010/2014)

Os dados estatísticos do Ministério de saúde de Cabo Verde, de 2010 a 2014, sobre a pneumonia aguda em crianças de 0 a 5 anos, confirmam altos números de morbidade, constando um total de 1153 casos em 2010 e um aumento bastante considerável em 2011, para 1550 casos. Esse aumento continuou em 2012 com o total de 1667 casos de pneumonia aguda nas crianças de 0 a 5 anos. Entretanto, pode-se observar uma diminuição de casos de pneumonia aguda nas crianças a partir do ano 2013. Dos 1667 casos em 2012, baixou para 1313 em 2013. Novamente em 2014 constata-se uma diminuição de 1313 casos do ano anterior para 1170 casos.

**Tabela 3**

**Taxa de incidência da pneumonia menor de cinco anos (10.000 habitantes)**

**Notificados em Cabo Verde, de 2010 a 2014**

<b>Ano</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Pneumonia < 5 anos de idade	229,7	303,3	273,3	215,9	230,0

Fonte: Serviço Vigilância Epidemiológica/DNS/MS (2010/2014)

Em Cabo Verde, a pneumonia é uma das patologias de maior incidência. A taxa de incidência por pneumonia aguda em crianças de zero a cinco anos, de acordo com os

dados estatísticos do Ministério da Saúde (2010 a 2014), confirma que o ano de 2010 a taxa de incidência por 10.000 habitantes é de 229,7. Houve um aumento de taxa de incidência do ano de 2010 com 229,7 a 303,3 casos no ano de 2011.

Do ano de 2011 ao ano 2012 houve uma diminuição de 303,3 a 273,3 na taxa de incidência. No que concerne o ano de 2013, houve uma diminuição progressiva da taxa com 273,3 em 2012, para 215,9 no ano de 2013. Entretanto, pela tabela pode-se ver um aumento da taxa de incidência no ano seguinte, de 230,0 por 10.000 habitantes.

**Tabela 4**

**Óbitos por afeções respiratórias em crianças de 0 a 5 anos, em Cabo Verde, segundo género, no ano de 2014.**

Afeções respiratórias	Total		Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pneumonias	168	62,7	98	62,8	70	62,5
Outras doenças do ap. respiratório	41	15,3	24	15,4	17	15,2
Insuficiência respiratória aguda	28	10,4	16	10,3	12	10,7
Edema pulmonar	15	5,6	9	5,8	6	5,4
Bronquite, enfisema e asma	11	4,1	5	3,2	6	5,4
Outras doenças pulmonares obstrutivas Crónicas	3	1,1	2	1,3	1	0,9
Infecção respiratória aguda	2	0,7	2	1,3	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>	<b>156</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SVIRE/VERBETESDE OBITOS/DNS/MS (2014)

Conforme verificou-se através das estatísticas, a pneumonia aguda em crianças de 0 a 5 anos configura-se como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo. Em Cabo Verde, dados do ano 2014 demonstram que a patologia ocupou o lugar primeiro na relação dos óbitos por afeções respiratórias em crianças de 0 a 5 anos, num total de 168 óbitos.

**Tabela 5**

**Internamentos no Serviço de pediatria do HBS em crianças dos 0-5 anos por pneumonia e broncopneumonia - 2010 a 2014.**

<b>NUMDIAG J15+J18</b>	<b>2010</b>		<b>2011</b>		<b>2012</b>		<b>2013</b>		<b>2014</b>	
<b>Idade</b>	<b>Fem</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Masc</b>
<b>0</b>	24	22	26	49	28	59	33	39	33	49
<b>1</b>	26	23	27	39	30	44	23	26	23	28
<b>2</b>	11	16	16	13	24	14	16	16	16	16
<b>3</b>	5	6	9	6	9	11	9	10	9	10
<b>4</b>	2	6	4	2	7	5	10	4	10	5
<b>5</b>	1	2	3	3	3	7	7	3	7	3
<b>Total / sexo</b>	<b>69</b>	<b>75</b>	<b>85</b>	<b>112</b>	<b>85</b>	<b>112</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>111</b>
<b>Total/ano</b>	<b>144</b>		<b>197</b>		<b>197</b>		<b>196</b>		<b>209</b>	

Fonte : Serviço de estatística do Hospital Baptista de Sousa, 2010/2014

Os dados estatísticos do Hospital Baptista Sousa referentes ao ano de 2010 demonstram que num total de 144 crianças, internadas no serviço de enfermaria desse hospital, por pneumonia (J15) e por broncopneumonia (J18) 69 foram do género feminino e 75 do género masculino. As faixas etárias foram de seguida categorizadas e pode-se

observar maior número de internamento na faixa etária de 0 a 2 anos (somando 122 internamentos). Em relação ao género, observa-se maior número de internamento no sexo masculino.

Consequentemente, as oscilações dos dados apresentados nos quadros, sugerem uma preocupação, indicando a falta de estabilidade e, a tendência para o aumento de casos de pneumonia em crianças de 0 a 5 anos. Assim, convém destacar o papel do enfermeiro e as suas competências que, como afirma Fradique (2011,p.66) “são essenciais para identificar os sinais de desconforto da criança e desenvolver estratégias para a sua promoção”.

A criança adoentada, num ambiente que lhe é estranho, tem medo e, necessita também receber, para além do atendimento e diagnóstico rápidos e eficazes, atenção e apoio, como um cuidado especial. Os enfermeiros têm uma ação crucial nesse processo pois, têm de cuidar da criança enferma mas também sensibilizar os familiares por estes necessitarem de informações validas sobre os cuidados que a criança precisa após a alta ou durante o tratamento domiciliar.

Nesta perspectiva, e tendo em conta não somente o número de internamentos na enfermaria da pediatria do HBS, mas também o número de óbitos por pneumonia em menores de 5 anos em Cabo Verde, surge o interesse de se conhecer a assistência de enfermagem em crianças de 0 a 5 anos com pneumonia aguda. Para se conseguir os resultados pretendidos, delineou-se como objetivo geral:

- Conhecer a assistência de enfermagem prestada pelos enfermeiros da Pediatria do Hospital Baptista de Sousa, em casos de pneumonia aguda em crianças de zero a cinco anos.

E para se atingir o objectivo geral, foram determinados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros da pediatria, no atendimento das crianças de zero a cinco anos, com pneumonia aguda.
- Identificar as limitações nas intervenções dos enfermeiros da pediatria do HBS, em crianças de zero a cinco anos, com pneumonia aguda.
- Descrever as ações dos enfermeiros da pediatria do HBS, na prevenção de possíveis complicações nos casos de pneumonia aguda em crianças de zero a cinco anos.
- Identificar os contributos de enfermagem no serviço da pediatria do HBS, para a redução de casos de pneumonia aguda em crianças de zero a cinco anos.

## **CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo o investigador faz a busca bibliográfica sobre os conceitos relevantes à questão a ser investigada, para melhor entendimento do tema em estudo.

Assim, os principais conceitos aqui apresentados são: definição do sistema respiratório, o pulmão, doenças respiratórias em crianças, definição de pneumonia, a pneumonia aguda, manifestações clínicas, tratamento e prevenção da pneumonia, a vacina pneumocócica e as intervenções de enfermagem à criança de 0 a 5 anos com pneumonia aguda.

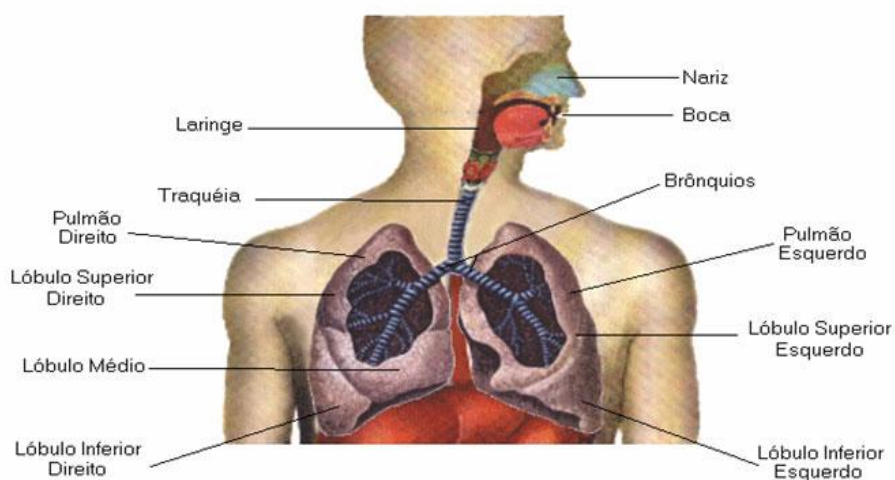
### 1.1. O Sistema Respiratório

O Sistema Respiratório abrange o trato respiratório superior e o trato respiratório inferior. Viana et al refere que:

“ sendo este sistema o responsável por efetuar a troca gasosa, ou seja, sua função é conduzir o oxigênio (O<sub>2</sub>) até as células, que necessitam deste para a execução de suas funções metabólicas, e eliminar o dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) que as células produzem, pois o excesso de CO<sub>2</sub> é tóxico para o nosso organismo” (Viana et al,2005, p.101).

Segundo Jimenez (1983, p.38), “o aparelho respiratório é constituído por um conjunto de órgãos necessários para introduzir no organismo o oxigênio contido no ar que se respira e, devolver ao exterior o dióxido de carbono”.

**Ilustração 1 - Sistema Respiratório**



Fonte: <https://www.grupoescolar.com/pesquisa/sistema-respiratorio.html>

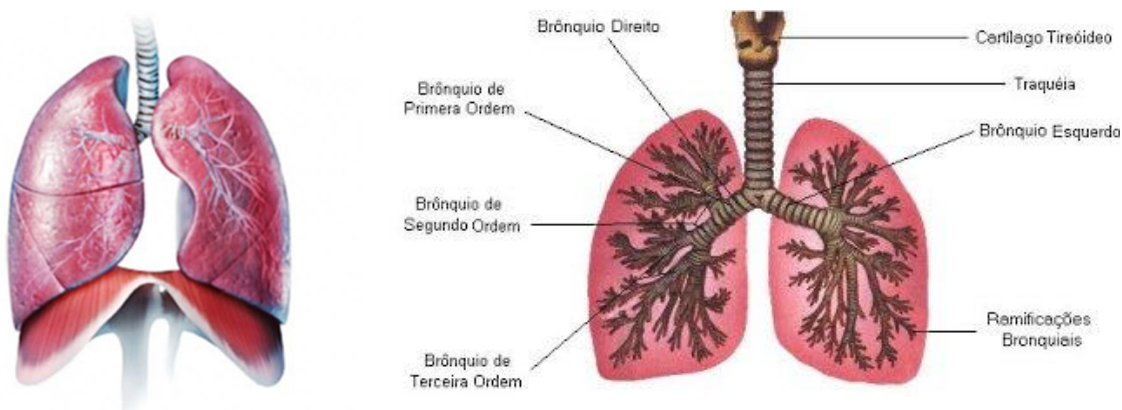
## 1.2.O Pulmão

Para Schvartsman (1991, p.410), “os pulmões são órgãos essenciais a respiração, são duas vísceras situadas uma de cada lado, no interior do tórax, com 25 a 30 centímetros de comprimento e, é onde se dá o encontro do ar atmosférico com o sangue circulante, ocorrendo então, as trocas gasosas (Hematose) ”.

Para Jimenez (1983, p.39) “os pulmões estão rodeados por uma membrana de parede dupla, chamada pleura, que contem o líquido pleural que permite a mobilidade do pulmão”.

### Ilustração 2

#### Pulmão



Fonte: <https://www.infoescola.com/biologia/sistema-respiratorio/>

### 1.2.1.Diferenças entre o pulmão saudável e o pulmão em estado crítico

De acordo com Schvartsman (1991, p.411) “um pulmão saudável trabalha mais quando o corpo precisa de mais ar e diminui seu funcionamento quando o organismo está descansado. Um pulmão com problemas inibe a respiração”.

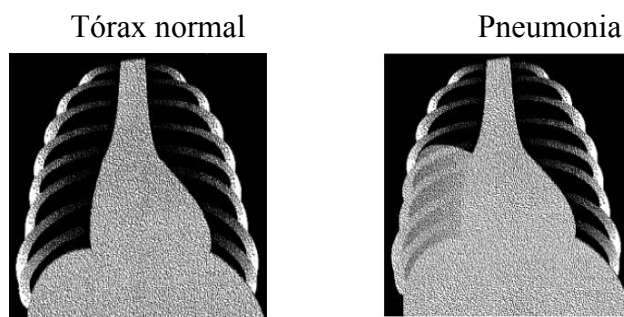
Para Jimenez (1983, p.40), “o oxigénio captado nos pulmões combina-se com hemoglobina dos globos vermelhos do sangue e é transportado por esta ao coração, distribuindo a todas as células”. Mas, um pulmão com doenças prejudica o seu normal funcionamento.

Nas palavras de Freitas e Costa (1990, p.935), “o pulmão é um órgão dotado de uma riquíssima rede vascular, constitui um filtro importante, e as agressões podem vir por via circulatória e capazes de causar doenças infecciosas no pulmão”.

Num indivíduo saudável, as defesas da pessoa são suficientes para eliminar, por mecanismos imunológicos pulmonares, os microorganismos, caso o número e agressividade destes não for grande. Mas, quando o sistema de defesa falha ou quando os microorganismos forem em grande quantidade ou agressividade, o pulmão é alvo de ataque e gera-se uma pneumonia (Cordeiro,2007, p.703).

#### Ilustração 3

##### Raio X Pulmonar



Fonte: OMS, 2005



**Tabela 6**

Diferenças entre um Pulmão saudável e doente

<b>Pulmão saudável</b>	<b>Pulmão doente</b>
Trabalha mais quando o corpo precisa de mais ar	Inibe a respiração
Diminui seu funcionamento quando o organismo está descansado	Carrega Doenças como: Asma, Bronquite crónica, Pneumonia, Tuberculose. Pode apresentar sintomas como:
Respira entre 20000 vezes por dia em média entre 15 a 20 respiração por minuto	Tosse crónica, Respiração ofegante Sibilos, Muco crónico, Tosse com sangue
Respira de forma clara e livre	Dores no peito.
Imagem de tomografia: Rosado/inflado	Imagem de tomografia com: Manchas, Irregularidades, Escuro, Encolhido e Gasto

Fonte : OMS (2005, p.22)

### **1.3. Doenças respiratórias em crianças**

As crianças são mais susceptíveis às doenças respiratórias, dado à imaturidade do trato respiratório, principalmente na faixa etária de 0 a 5 anos. Segundo o Ministério de Saúde e Promoção Social, Fundo das Nações Unidas para a Infância, as afeções respiratórias são a terceira mais importante causa de morte infantil em Cabo Verde (1996, p.28).

A criança que é levada ao serviço de saúde com queixas de tosse e ou dificuldade respiratória, deve receber atenção cuidadosa pois, a possibilidade de diagnósticos é ampla, englobando uma variedade de patologias que vão desde o resfriado comum a situações de risco de vida, como a pneumonia e crise asmática grave (Morley,1980, p.152).

Para Viana et al (2005, p.101), “a infecção das vias respiratórias caracteriza-se por apresentar um ou mais dos seguintes sintomas e sinais; febre, obstrução nasal, tosse, dor de garganta, hiperemia, orofaringe, otalgia, dificuldades para respirar e chiado no peito”.

Morley (1980, p.150) refere que,

“ as infecções respiratórias, tanto congénitas como as adquiridas durante e após o nascimento, constituem problemas significantes dentro da patologia pré natal. As pneumonias estão presentes como causa básica ou associada em grande parte dos óbitos no primeiro mês de vida e podem prolongar o tempo de internamento e aumentar a mortalidade em recém- nascidos.”

Para a OMS (2005), “os sintomas de problemas respiratórios graves são: tosse por muitos dias, sufocação, asma, presente desde o nascimento ou adquirido, dificuldade respiratória, gemido, cianose (...) entre outros citados”.

O quadro que segue clarifica o que se disse anteriormente, e mostra algumas doenças respiratórias e os seus sinais como Pneumonia, asma e laringite.

**Tabela 7****Doenças Respiratórias**

Diagnóstico	Sinais
Pneumonia	-Tosse com respiração rápida -Febre -Desenvolvimento durante dias com agravamento progressivo -Crepitação na auscultação
Asma	-Antecedentes de sibilância recorrente -Expiração prolongada -Sibilância ou redução da entrada de ar -Resposta a broncodilatadores
Laringite	-Tosse de “cão” -Voz rouca -Associada a infecção respiratória alta

OMS (2005, p.22)

**1.4. Definição de Pneumonia**

A Enciclopédia da Nova Medicina (2006, p.202) diz que “entre as doenças mais comuns do sistema respiratório inferior, destacam-se as pneumonias e, define a pneumonia como uma inflamação dos pulmões geralmente provocada por vírus ou uma bactéria”.

De acordo com o Manual de Protocolos terapêuticos de Pediatria (2010, p.109), a pneumonia começa com uma inflamação alveolar; a membrana pulmonar fica inflamada e intensamente permeável, de modo que líquido e até mesmo hemácias e leucócitos passam do sangue para os alvéolos. Dessa maneira, os alvéolos infetados vão sendo progressivamente preenchidos com líquidos e células, e a infecção se dissemina pela passagem de bactérias de alvéolo para alvéolo.

Para a OMS (2005, p.82), “as pneumonias podem ser designadas por várias classes” como se destacam no quadro abaixo.

**Tabela 8**  
**Classificação das Pneumonias**

<b>Classificação</b>	<b>Sinais ou Sintomas</b>	<b>Tratamento</b>
Sem pneumonia tosse ou resfriado	Sem sinais de pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento no domicílio</li> <li>• Alivie a tosse e desconforto da orofaringe com um remédio inócuo</li> <li>• Oriente a mãe sobre reavaliação em 5 dias se não houver melhoria</li> <li>• tosse presente mais de 30 dias, siga as orientações para a tosse crônica</li> </ul>
Pneumonia	Respiração rápida 60 ciclos/min. no lactente com 2 meses de idade; 50 ciclos/min. no lactente com 2-11 meses; 40 ciclos/min. na criança com 1-5 anos de idade; Fervores \ estertores presentes na auscultação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento no domicílio c/antibióticos indicados durante 5 dias</li> <li>• Alivie a tosse e desconforto da orofaringe com um remédio inócuo</li> <li>• Oriente a mãe sobre quando voltar imediatamente</li> <li>• Reavaliação em 2 dias</li> </ul>
Pneumonia grave	Retracção torácica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interne no hospital</li> <li>• Administre antibiótico recomendado</li> <li>• Manejo da via aérea</li> <li>• Trate febre elevada no presente</li> </ul>
Pneumonia muito grave	Cianose central Dificuldade respiratória acentuada Não consegue beber	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interne no hospital</li> <li>• Administre o antibiótico / oxigénio</li> <li>• Manejo da via aérea</li> </ul>

Fonte OMS (2005, p.82)

### **1.4.1 As fontes de risco da pneumonia**

Segundo a OMS (2005), estudos recentes revelam que nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, o número de bactérias causadoras da pneumonia em crianças é maior do que nos países desenvolvidos.

A OMS (2005) determina as seguintes fontes de risco para pneumonias e de origens várias.

- Fatores demográficos: sexo masculino e faixa etária inicial;
- Fatores sócio-económicos: baixa renda familiar e baixo nível de escolaridade dos pais;
- Fatores ambientais: poluição atmosférica elevada, poluição intradomiciliar e aglomeração de pessoas;
- Fatores nutricionais: baixo peso ao nascer, desnutrição, desmame precoce e deficiência de vitamina A;
- Outros fatores como a vacinação incompleta.

Para a UNICEF (2005), as fontes de risco para pneumonias são de origens várias, sendo as mais relevantes no nosso país, os fatores sócio-económicos como baixo nível de escolaridade dos pais ou baixa renda familiar que conduzem muitas vezes a factores nutricionais tais como baixo peso ao nascer e desnutrição. Ainda a vacinação incompleta, a poluição intra-domiciliar e aglomeração de pessoas são fatores de risco que contribuem para a manifestação clínica da pneumonia.

### **1.4.2 Manifestações Clínicas da Pneumonia nas crianças**

Segundo o Manual de Protocolos Terapêuticos de Pediatria (2010, p.111), as manifestações clínicas são diversas, inespecíficas e subtis, sobretudo no período neonatal, em que o gemido e a taquipneia podem ser os únicos sinais. Maiores de um mês, tosse, em geral acompanhado de febre. Crianças mais velhas podem queixar-se de dor abdominal e ou dor torácica.

Para Cordeiro (2007, p.704), “os sintomas de uma pneumonia bacteriana aparecem subitamente e podem incluir dor torácica, febre, arrepios, dificuldades respiratória e aumento da frequência cardíaca”. Quando surgem esses sintomas há que suspeitar de uma pneumonia.

Considerando a importância das pneumonias na avaliação da criança com tosse ou dificuldade para respirar, devemos realizar o exame físico com o paciente acordado e calmo. “Deve-se contar os movimentos respiratórios em um minuto, no mínimo duas vezes. Observar, tiragem, estridor, sibilos, gemidos em menores de dois meses, cianose, exantema do sarampo e distensão abdominal” (Jimenez, 1983, p.185).

Rozov (1994, p.257) afirma que “o quadro clínico varia de acordo com a faixa etária da criança, o estado nutricional, a presença de doença de base e o agente etiológico, desnutrição ou presença de co-morbidades”.

A criança pode apresentar febre, sendo porém menor do que a febre de uma pneumonia bacteriana. É comum também a taquipneia, acompanhada de retrações intercostais, subcostais e supra-esternais, batimento das asas do nariz e uso dos músculos acessórios. “A ausculta torácica pode revelar estertores e sibilos difusos mas, é difícil localizar a origem destes ruídos adventícios em crianças muito pequenas com tórax hiper-ressonante” (OMS,2005, p.80).

Segundo o Manual de Protocolos Terapêuticos de Pediatria (2010), na pneumonia bacteriana, o principal agente é o pneumococo, porém as manifestações clínicas são praticamente as mesmas. Por muitas vezes, é difícil distinguir a pneumonia viral da bacteriana somente com base nos critérios clínicos.

Podem ocorrer complicações como otite média, pericardite, miocardite, meningoencefalite, eritema nodoso, porém se não ocorrer complicações no decorrer da doença a cura é completa. Estas complicações são mais comuns na pneumonia bacteriana (Livro de bolso Cuidados Hospitalares para crianças, 2005).

Além destes, alguns ou todos sinais de pneumonia ou pneumonia aguda podem estar presentes, como respiração rápida em crianças menores de 2 meses de idade, maior ou igual a 60 minutos; 2-11 meses de idade, maior ou igual 50 por minuto e 1-5 anos de idade maior ou igual a 40 por minuto (Livro de bolso Cuidados Hospitalares para crianças, 2005)

Ainda se faz necessária a observação das limitações de determinados lugares em respeito à hospitalização, pois é possível serem encontrados vários fatores que interferem como a distância e a falta de transporte, fazendo-se necessária a orientação as famílias em relação à utilização de antibióticos orais, pois, a maioria dos casos é tratada em domicílio.

### **1.4.3 Diagnóstico**

Segundo Freitas e Costa (1988, p.80), “é obrigatória a inspecção, apalpação, percussão e auscultação sendo o exame torácico o objectivo primordial”.

Para Mota (1998, p.213), “o diagnóstico clinico da pneumonia baseia-se na auscultação, pela intensidade do murmúrio (normal, atenuado, ausente ou substituído por sopro pneumónico)”.

De acordo com o Manual de Protocolos Terapêuticos de Pediatria (2010) há uma grande dificuldade para se confirmar o diagnóstico etiológico das pneumonias, pois o quadro clínico costuma ser muito semelhante para os diversos agentes.

Tendo isso em conta, é realizada dois tipos de diagnósticos em caso de pneumonia que se revelam Diagnostico Radiológico e Diagnostico Laboratorial.

#### **1.4.3.1. Diagnóstico Radiológico**

Pelos critérios da OMS (2005, p.81) deve-se realizar a radiografia sempre que houver suspeita de pneumonia e principalmente quando houver sinais de taquipneia e alterações sugestivas da ausculta respiratória, cianose central, incapacidade de mamar ou de beber, ou vômitos incoercíveis, convulsões, letargia ou inconsciência e dificuldade respiratória grave.

Na confirmação do diagnóstico feito pela radiologia, segundo Mota (1998, p.213), “podem observar-se os dois padrões radiológicos correspondentes ao tipo patológico da pneumonia: um padrão alveolar, típico da pneumonia bacteriana ou um padrão intersticial, típico da pneumonia vírica”.

#### **1.4.3.2. Diagnóstico Laboratorial**

Segundo a OMS (2005), o material coletado do sangue ou do líquido pleural deve ser examinado pelo método de coloração de *Gram* e culturas. As realizações de exames microbiológicos, como hemoculturas são úteis na especificidade do agente etiológico, auxiliando assim no tratamento.

Segundo Sucupira et al (1996), a pneumonia bacteriana ocasiona frequentemente leucocitose, neutrofilia e formas jovens de leucócitos. Em casos de pneumonia viral, a leucometria eleva-se um pouco somente ou não se altera, podendo ser utilizados métodos sorológicos para detecção do vírus.

No exame laboratorial há resultados de proteinúria e hematúria e a radiografia torácica terá alteração, podendo apresentar inclusive derrame pleural (Arone e Philipe, 2003, p.81)



## **1.5. A Pneumonia Aguda nas crianças de 0 a 5 anos**

O que caracteriza uma infecção respiratória aguda nas crianças é a presença de um ou mais dos sinais a seguir: tosse, dificuldade para respirar, chiado, dor de ouvido e dor de garganta, com evolução média de sete dias, (Sucupira et al.1996).

De acordo com o Livro de bolso de Cuidados hospitalares para criança (2005), a identificação destes sinais é prioritária, bem como avaliação e a conduta de acordo com a idade, ou seja, menor de dois meses ou de dois meses a cinco anos. Caso a criança não apresente tosse será avaliado como tendo outros problemas respiratórios.

Ainda Sucupira et al (1996) refere que geralmente as pneumonias na infância são causadas por vírus e bactérias e, por esse motivo, são estudadas juntamente com infecções respiratórias agudas.

De acordo com Jimenez (1983, p.185), “nos primeiros anos de vida a broncopneumonia é a forma mais vulgar da pneumonia, surgindo quase sempre na sequência de outra doença como um resfriado, uma gripe, tosse convulsa ou bronquite”.

Mota (1998, p.214) afirma que “o quadro típico de uma pneumonia nas crianças de 3 a 8 anos surge habitualmente com febre alta, arrepios, cefaleias e dor abdominal, representando 90% de pneumonias bacterianas”.

Segundo Morley (1980, p.156), “o termo pneumonia aguda é utilizado para definir uma variedade de sinais e sintomas como febre, tosse, palidez ou cianose, agitação e respiração rápida, muitas vezes acompanhada de batimento de asas do nariz”.

Qualquer pneumonia é considerada grave neste grupo etário. A conduta no lactente menor de dois meses com pneumonia deve ser dirigir urgentemente ao Hospital e mantê-lo aquecido.

### **1.5.1 Dispneia**

A dispneia, segundo Arone e Philippi (2003, p.21) “é uma dificuldade respiratória geralmente dominada pela falta de ar, sintoma comum a muitas doenças pulmonares”.

Para Freitas e Costa (1988, p.88), neste grupo etário, quando há tosse ou dificuldade para respirar, deve-se avaliar se há pneumonia e se esta é grave.

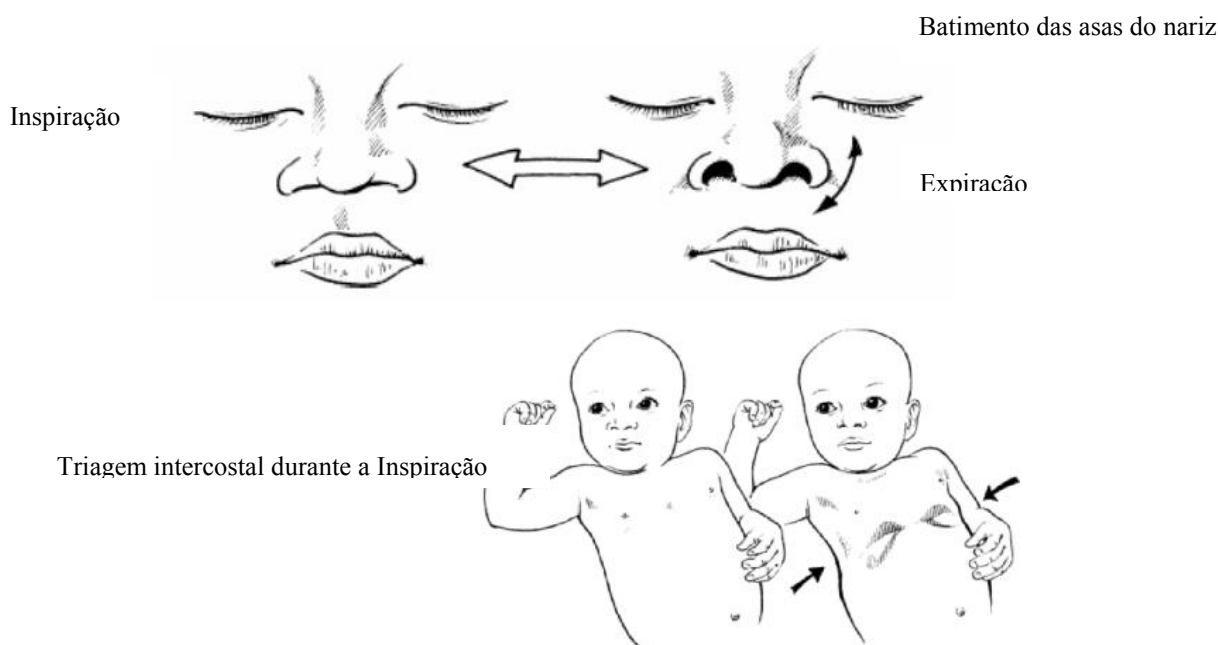
Se a criança apresenta respiração rápida, sem tiragem, deve ser classificada como portadora de pneumonia não grave. A retração intercostal leve é normal nos lactentes pequenos em função da estrutura da caixa torácica ser pouco rígida.

As diferenças mais importantes encontradas nesta faixa etária são:

- A tiragem no lactente pequeno deve ser sub-costal e acentuada para ser considerada sinal de pneumonia;
- Taquipnéia acima de 60 RPM;

#### Ilustração 4

##### Processo de Respiração



fonte : OMS, (2005:83)

### **1.5.2 Tosse**

Freitas e Costa (1988, p. 85) afirmam que a tosse é um ato reflexo ou consciente, de defesa das estruturas pulmonares.

A tosse e as dificuldades respiratórias são situações comuns na criança pequena. As causas variam da doença ligeira, autolimitada até doença grave, com risco de morte. Pode reflectir um resfriado benigno mas, sempre que a tosse dure mais de 3 a 4 semanas deve ser estudada (OMS,2005, p.77).

Mota (1998, p.218) assegura:

- Uma tosse noturna sugere asma, especialmente se acompanhada de expiração prolongada.
- Uma tosse irritativa, frequente, que desaparece durante o sono é provavelmente um “tic”.
- Uma tosse seca, irritativa, poderá ser uma infecção respiratória, virica na maioria dos casos.
- Uma Tosse produtiva, sugere uma patologia bronco-pulmonar-pneumonia.

A OMS (2005, p.77), realça que “a maioria dos episódios de tosse deve-se ao resfriado comum, a cada criança apresentando vários episódios por ano”. Entretanto, a doença grave mais comum que se apresenta com tosse ou dificuldade respiratória é a pneumonia, que deve ser considerada primariamente no diagnóstico diferencial (tabela 6, p. 77).

### **1.6. Tratamento da Pneumonia aguda nas crianças de zero a cinco anos**

Para Benguigui (1997, p.29), “o tratamento antimicrobiano empírico é o procedimento recomendado pela maioria dos países, em virtude das dificuldades encontradas em determinar o agente etiológico das pneumonias”.

A amoxicilina é utilizada com mais frequência do que a ampicilina, devido à facilidade e a rapidez com que ocorre a absorção no organismo e, além disso, sua administração é feita três vezes ao dia e não quatro, produzindo menos efeitos gastrointestinais secundários. (Livro de bolso Cuidados Hospitalares para crianças, 2005, p.84).

Grisi (1999, p.213) remata que, na falha terapêutica do tratamento ambulatorial, avalia-se o estado geral e “recomenda-se penicilina cristalina (1000.000U/Kg/dia), endovenosa, de quatro em quatro horas e no comprometimento do estado geral indica-se oxacilina (100 mg /Kg/dia) associada a clorofenicol (75mg/kg/dia) ou cefotaxima (150mg/kg/dia)”.

Diniz (1991, p.87) ainda complementa que “no tratamento das pneumonias no RN, a manutenção das condições gerais é tão ou mais importante que a antibioticoterapia”.

Segundo Nelson et al. (1997, p.59), “há uma grande necessidade da administração de líquidos e antibióticos por via endovenosa, e dependendo da intensidade da dispnéia, a oxigenoterapia deve ser administrada, precedendo a fase de cianose da criança”.

Para Morley (1980, p.157) “a criança com dificuldades respiratórias pode ter problemas de deglutição, principalmente se contar apenas poucos meses de idade. Em tal caso a alimentação através de tubo naso-gástrico pode ser de considerável ajuda para a sua recuperação”.

Para Carvalho (2010, p.113) :

“Se a criança apresentar cianose central, é um sinal de gravidade ainda maior sendo recomendada a administração do cloranfenicol injetável e oxigênio, sempre atentando principalmente com a diluição, pois se essa droga for utilizada prolongadamente poderá acarretar outros eventos importantes, inclusive acometer os rins, pois trata-se de uma medicação nefrotóxica. Todavia, mesmo com esse efeito colateral, o cloranfenicol é utilizado devido sua eficiência contra microrganismos de amplo espectro. As crianças maiores de dois meses que apresentam uma FR elevada, com ausência de tiragem são consideradas portadoras de pneumonia e são tratadas, usualmente, em casa com medicações padrão mais utilizadas que podem ser administradas tanto por via IM, no caso da penicilina procaína injetável, quanto por via oral, no caso da amoxicilina e cotrimoxazol.”

Benguigui (1997, p.29), cita o protocolo da OPAS/OMS que visa o tratamento das crianças com IRA nas instituições de saúde de nível primário e composto por três fases:

- Identificação das crianças que devem ser examinadas à procura de sinais clínicos que caracterizem pneumonia;
- Identificação dos casos positivos;
- Tratamento adequado no domicílio ou no hospital conforme prognóstico da doença.

De acordo com Nelson et al. (1997, p.63), “a maioria dos casos de pneumonia em crianças deveria ser tratada em casa, e já os casos mais graves seriam, então, necessários a intervenção hospitalar”.

## **1.7 Prevenção da Pneumonia**

Para Fonseca (2001, p.5), “é importante destacar o aleitamento materno como a primeira vacina dos bebés, e a principal forma de prevenção da pneumonia em menores de cinco anos pois protege-os das bactérias e vírus com os quais as mães tiveram contacto”.

De acordo com Cordeiro (2007, p.12), “o médico assistente da gestante deve ressaltar a importância da alimentação adequada na gestação, evitando bebés pequenos para idade gestacional e o pediatra deve orientar a mãe a manter o aleitamento exclusivo até os seis meses de idade”.

Outras possíveis prevenções da pneumonia passam por contrariar sempre que possível, os factores de risco ou seja, levar o recém-nascido à vacinação para que a possa ter completa, evitar a exposição da criança em ambientes com poluição ambiental e evitar ter a criança num ambiente familiar com muita aglomeração de pessoas. (Johnson e Keogh, 2010, p.201).

Entretanto, Farhat et al (2002, p.201), garante que “a vacina antipneumocócica previne a maioria dos casos de pneumonia”.

Parafraseando Fonseca (2001, p.6), “vacinar é criar artificialmente e sem riscos, um estado de protecção contra determinadas doenças contagiosas”.

Grisi (1999, p.213), afirma que “a vacina permite a redução da incidência da infecção até 80% quando comparada à população não vacinada”.

A Enciclopédia da Nova Medicina (2006, p.203) diz que “no caso da pneumonia a vacina adequada é a vacina antipneumocócica. É a vacina responsável pela prevenção das doenças causadas pela bactéria *Streptococcus pneumoniae*”.

Fonseca (2000, p.8), informa que “em Cabo Verde, as crianças são vacinadas à nascença, nos primeiros 15 dias de vida”. A vacina “Pentavalente” recomendada pelo Ministério da Saúde protege a criança contra cinco patologias: Difteria, tosse convulsa, hepatite B, infecções por *Haemophylus influenzae* (um dos agentes causadores da pneumonia) e tétano. Esta vacinação é feita nos Centros de Saúde (PMI-PF) e ela é administrada nas crianças aos 2 meses, 4 meses, 6 meses e 18 meses (esta última chamada vacina de reforço).

#### **1.7.1. A vacina Pneumocócica**

Segundo Farhat et al (2002, p.201), “a vacina pneumocócica previne a maioria dos casos provocados por *Streptococcus pneumoniae* e é indicada para crianças menores de 5 anos de idade”.

Grisi (1999, p.213) afirma que “a profilaxia com a vacina anti-pneumocócica é recomendada especialmente às crianças susceptíveis ou naquelas em que a infecção pneumocócica pode assumir maior gravidade”.

As doses necessárias da vacina Pneumocócica conjugada são feitas em um esquema 2, 4 ou seja, são administradas duas doses de 0,5 mililitros aos 2 e 4 meses de idade da criança, com um reforço que pode ser dado preferência aos 12 meses, mas que poderá ser tomado até os quatro anos (Prevenar, 2009).

Segundo Howard and Steinman (2010, p.36), “para crianças mais velhas que nunca tenham tomado essa vacina, indica-se tomar duas doses com intervalo de ao menos

um mês entre elas. Após os 12 meses de idade, se a criança nunca tomou, é dada uma dose única da vacina”.

A administração da vacina Pneumocócica é feita por injeção intramuscular, na área do vasto lateral da coxa da criança. E ela não deve, sob nenhuma circunstância, ser administrada por via intravascular ou intradérmica (Prevenar, 2009)

Em Cabo Verde, a vacina pneumocócica existe nas farmácias privadas, desde 2011. Primeiramente custava dezassete mil escudos, depois passou a dez mil escudos e presentemente o custo é de oito mil novecentos e setenta escudos. Para os beneficiários de segurança social (INPS), o custo é de quatro mil escudos. (informação informal das farmácias, S.Vicente)

## **1.8.Os cuidados de Enfermagem às Crianças com Pneumonia Aguda.**

Este capítulo vem ressaltar a importância do cuidar nas intervenções de enfermagem porque é factor importante cuidar da criança e ainda da família, tanto que esta vai, em situação de tratamento ambulatorio, prestar cuidados à criança.

“Os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares (...), utilizando, para isso, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem” (Hesbeen, 2000, p.67).

De acordo com Figueiredo e Machado (1995, p.267), “o cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objectiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjectiva, que baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser”.

Boff (1999, p.33) diz que, “o enfermeiro vai substituir, ajudar e ser parceiro num contexto estranho para a pessoa de quem cuida para que esta possa se manter estável e equilibrada e conseguir se recuperar”.

Os cuidados de enfermagem começam com a prestação de cuidados as crianças e familiares. A orientação para cuidados, plano de cuidados, deverá ser feito com base no processo de enfermagem, a entrevista, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Após a abordagem à criança e à família o enfermeiro vai ser o elo de ligação,

fazendo uso de suas competências, entre elas e a Instituição de saúde onde está inserido (Stanhone e Lancaster,1999, p.544).

Segundo Viana et al. (2005, p.15):

“ um ambiente de trabalho humanizado vai permitir ao profissional dar significado ao que faz, ser reconhecido e considerado como sujeito. Um ambiente humanizado para criança vai favorecer o seu desenvolvimento inicial proporcionado a integração mãe- filho, fortalecendo o vínculo afetivo e minimizando os efeitos negativos da doença e da separação dos pais. Um espaço humanizado para a família permite que ela possa receber as informações sobre os procedimentos realizados com o seu filho e as condições do seu estado de saúde, dialogar,expressar e elaborar sentimentos”.

No conceito de Hesbeen (2000, p.37), “cuidar é uma arte, a arte do terapeuta que cuida é aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, destreza de saber, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”.

#### **1.8.1. Intervenção de Enfermagem em casos de pneumonia aguda em crianças de 0 a 5 anos.**

O enfermeiro através da Triagem de *Manshester* ao deparar com uma criança com dificuldades respiratórias, deverá encaminhá-la para a consulta médica para ser examinada e poder ser tratada, a fim de minimizar o impacto de uma possível pneumonia (OMS, 2005).

Segundo Potter e Perry (1998, p.454), “o principal objetivo das intervenções de enfermagem, em relação ao sistema respiratório, é promover a expansão torácica, para que as secreções não acumulem e as vias aéreas permaneçam desobstruídas”.

Whaley e Wong (1999, p.123) dizem ainda que, “em crianças menores, onde a dificuldade de expectoração é maior, pode-se intervir realizando a aspiração das vias aéreas superiores, o que facilitará o processo de eliminação das secreções”.

A oxigenoterapia principalmente nos casos mais graves, onde a criança faz uso de tenda de oxigénio contínuo, no qual o vapor frio humidifica as vias aéreas superiores, e propicia uma atmosfera fria que contribui na redução da temperatura (Livro de bolso cuidados Hospitalares para a criança,2005, p.84)



De acordo com Whaley e Wong (1999, p.983), “o cuidado mais importante durante a assistência à criança com pneumonia, hospitalizada ou em domicílio, é mantê-la em decúbito elevado, pois a posição horizontal tende a aumentar a dispnéia, podendo levar ao agravamento do quadro”.

É necessário que seja realizado um controle rigoroso no estado nutricional da criança para que sejam evitadas possíveis perdas de peso durante as manifestações clínicas da doença, fazendo com que haja uma melhor aceitação da dieta. Pode-se assim, orientar a ingestão de uma alimentação rica em proteínas e calorias para suprir o *déficit* dessa perda inicial. (Carpenito, 1999, p.30)

Para Moura (1998, p.67), “a criança com pneumonia pode desenvolver febre e mesmo convulsões, por isso a temperatura corporal deverá ser restaurada”.

Entretanto, Benguigui (1997, p.18) diz que, “nos casos citados é extremamente necessária a administração de antitérmicos, banho morno e uso de compressas frias, uma vez que a hipertermia pode também diminuir as defesas do organismo”.

É necessário que se restabeleça o débito urinário, pois associado à febre, essa criança passa a perder líquido do seu organismo evoluindo para uma desidratação. Por esse motivo e pela necessidade de administração de antibióticos nefrotóxicos, é necessário estimular a ingestão hídrica, no intuito de evitar o desenvolvimento de lesões renais (Potter e Perry, 1998, p.455)

Para Guyton et al (1998, p.154), “os diagnósticos e o tratamento das patologias respiratórias dependem do entendimento dos princípios fisiológicos da respiração e das trocas gasosas, pois essas patologias podem originar-se de ventilação inadequada, anormalidades na difusão através da membrana pulmonar e do transporte de gases dos pulmões para os tecidos”.

Segundo Jimenez (1983, p.124), os diagnósticos de enfermagem mais comuns aos pacientes com pneumonia aguda são:

- Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionada à dor, ao aumento das secreções traqueobrônquicas e à fadiga;
- Risco para hipertermia relacionado ao processo infeccioso;

- Intolerância à atividade relacionada à oxigenação insuficiente para as atividades de vida diária;
- Risco para mucosa oral alterada relacionada à respiração pela boca, a expectoração frequente e a diminuição da ingestão de líquidos secundária ao mal-estar;
- Risco para *déficit* de volume de líquido relacionado à grande perda insensível de líquidos secundários à febre e a hiperventilação;
- Risco para a nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais relacionadas à dispnéia e a distensão abdominal secundária a deglutição do ar;
- Risco para transmissão da infecção relacionado à natureza contagiosa da doença e conforto alterado relacionado à hipertermia e ao mal-estar secundários à patologia pulmonar;
- Ansiedade relacionada à falta de ar e ao medo de sufocação;
- Padrão de sono perturbado relacionado à tosse, a incapacidade de assumir a posição deitada e aos estímulos ambientais;
- Conforto prejudicado relacionado ao acúmulo de líquido no espaço pleural;
- Risco para integridade da pele prejudicada relacionado à prescrição de repouso no leito.

Carvalho (2010, p.153), diz que é importante neste caso o dever do enfermeiro, orientar a mãe para tratamento em casa, ensinar a identificar os sinais de gravidade e recomendando para retornar a unidade de saúde, se apresentar: respiração difícil, dificuldade de se alimentar e piora do quadro.

## **CAPITULO II - METODOLOGIA**

Este capítulo refere-se à metodologia utilizada para desenvolver o tema.

Após a delimitação do tema do trabalho foram elaborados os objetivos, geral e específicos. O enquadramento teórico foi desenvolvido de acordo com a revisão de literatura disponível e os tópicos apresentados foram os que se consideraram relevantes ao tema em estudo.

Este capítulo refere-se ao tipo de pesquisa, o instrumento de recolha de dados, o campo empírico, a população-alvo e os procedimentos éticos, com o propósito de apresentar o método utilizado para se chegar ao resultado da pesquisa.

## **2.1 Tipo de pesquisa**

A metodologia empregue neste trabalho de Conclusão de Curso foi a qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. O objectivo da abordagem qualitativa é descrever ou interpretar, mais do que avaliar. O investigador participa mas não interpreta subjectivamente pois o ambiente é a fonte direta.

Prodanov e Freitas (2013, p.85) dizem que a metodologia qualitativa “é uma metodologia que serve para compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a ação (...) onde o investigador observa, descreve e aprecia o meio e os fenómenos tais como se apresentam”.

Este estudo é descritivo pois pretende conhecer, descrever e analisar a intervenção de enfermagem em crianças de 0 a 5 anos na enfermaria da pediatria do HBS.

## **2.2 Instrumento de recolha de informações**

O instrumento escolhido para a realização deste trabalho foi a entrevista estruturada, para uma melhor análise e percepção dos entrevistados sobre o tema em estudo, pois crê-se ser o mais indicado para os objectivos traçados. A entrevista é uma técnica onde o investigador, frente ao investigado, faz-lhe perguntas no sentido de obter dados relevantes à investigação que pretende.

Optou-se pela entrevista estruturada, por ser a mais adequada para se chegar aos resultados pretendidos neste trabalho. Esta entrevista foi auxiliada através de um guião de entrevista (apêndice 3). O período de tempo utilizado para a recolha de informações foi durante os meses de Setembro e Outubro e feita pela investigadora na Enfermaria do Serviço da pediatria do Hospital Baptista de Sousa. Foram entrevistados seis (6) participantes tendo cada entrevista a duração de 30 a 35 minutos. Porque os procedimentos éticos são imprescindíveis em todas as profissões, foi elaborado um termo de consentimento informado para os enfermeiros da enfermaria do serviço da pediatria do Hospital Baptista de Sousa (apêndice 2).

### **2.3. Campo Empírico**

O campo empírico é o campo de análise, realça o lugar onde será realizado o estudo em vigor durante a pesquisa do trabalho científico.

No contexto deste trabalho, a pesquisa foi feita na enfermaria da pediatria do Hospital Baptista de Sousa, São Vicente, onde se atendem ou se hospitalizam as crianças de zero a cinco anos, com pneumonia aguda.

O serviço de pediatria do Hospital Baptista De Sousa está estruturado por dois sectores: Banco de urgência e enfermaria pediátrica onde são atendidas crianças dos 0 aos 9 anos.

O serviço do banco de urgência de pediatria está estruturado da seguinte forma: Sala de espera; sala de triagem; 1 sala de trabalho de enfermagem; 2 consultórios, 1 sala de observação e 1 quarto geral de pediatria.

No serviço de enfermaria encontram-se a enfermaria geral com 2 (duas) salas, 1 (uma) sala de patologias gastrointestinais e 2 (dois) quartos de isolamento para casos específicos, cada um com 1 (uma) casa de banho, 1 (um) quarto de enfermeiros, 1 (uma) casa de banho de enfermeiros, 1 (uma) sala de médicos para discussão de casos. As salas de internamento contém 28 (vinte e oito) berços e 28 (vinte e oito) cadeirões para mães/acompanhantes; 1 (uma) sala de procedimento e 1 (uma) sala burocrático de enfermagem. Para as 3 (três) salas de internamento há 2 (duas) casas de banho. Um espaço

para resíduos, 1 (uma) arrecadação de oxigénio, uma sala de stock de medicamento, 1 (um) quarto médico, 1 (um) refeitório e que também é usado como espaço recreativo; 1 (Um) quarto de pertences de criança e 1 (uma) casa de banho para mães ou acompanhantes.

O serviço da enfermaria do Hospital Dr. Baptista de Sousa, dispõe de 5 (cinco) enfermeiros por escala e uma enfermeira chefe que labora durante o período de manhã. Um enfermeiro por cada turno: distribuídos por manhã, (8 horas as 15 horas), tarde das (15h as 21 horas) e vela (21 horas as 8 horas) respeitando entretanto a folga (dia de descanso). Manhã, tarde e noite. Os recursos humanos da enfermaria constam ainda de 5 (cinco) elementos de serviços gerais (serventes). Em relação ao pessoal médico são 5 (cinco) na enfermaria da pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa, distribuídos da seguinte forma: 2 (dois) médicos de urgência sendo 1 por período de 24 horas e outro de reforço das 8h às 20h.

O circuito do serviço de urgência é o seguinte: primeiro é feita uma ficha de inscrição onde são colocados todos os dados pessoais da criança (preenchido pelo ficheiro de serviço). Posteriormente a criança e o seu acompanhante terão de esperar para serem chamados pelo enfermeiro de triagem. O atendimento pelo enfermeiro é feito na sala de triagem onde avalia os parâmetros, anota-se as queixas da criança, e as referidas pela mãe/acompanhante e se atribui uma prioridade, retornando depois à sala de espera recomendada, onde aguarda pelo atendimento médico. De acordo com a avaliação clínica a criança pode ter três destinos: ficar na observação, ser internada ou encaminhada para casa, com tratamento ambulatorio. Caso a criança tiver a necessidade de ficar, será colocada na sala de observação onde permanecerá durante um período de 24 horas, período este em que será avaliada continuamente pelo médico e pelo enfermeiro de urgência. Segundo a evolução clínica e física do estado da criança nestas 24 horas, o médico decidirá pela internação ou alta/ tratamento domiciliar. Em caso de internação será transferida para a enfermaria da pediatria onde será colocada em um quarto segundo sua patologia, diagnosticada pelo médico de urgência.

Durante a hospitalização ela terá três refeições quentes e dois lanches ao dia, acompanhamento de um educador de infância e também direito a acompanhamento permanente dos pais ou familiares mais próximo.

## **2.4. População-alvo**

A população-alvo é aquela que o pesquisador pretende estudar e generalizar os resultados do estudo. Para Woods e Catanzaro apud Fortin (1999, p.202), “população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns (...), o elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida”.

Assim, a amostra é composta por 6 enfermeiros do serviço de enfermaria da Pediatria do HBS. A participação dos enfermeiros teve em consideração certos critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão optou-se por incluir enfermeiros de turno da enfermaria, enfermeiros com um (1) a trinta e um (31) anos de prestação de serviço na enfermaria da pediatria do HBS e ainda vontade própria para participar nesta investigação.

O enquadramento do perfil veio na intenção de uma visão mais ampla e generalizada sobre o evoluir da pneumonia aguda nas crianças de 0 a 5 anos na enfermaria da pediatria do Hospital Baptista de Sousa, pelos anos de experiência dos sujeitos inquiridos.

Em contrapartida, os critérios de exclusão tiveram em conta os enfermeiros chefe de serviço e os enfermeiros de serviço de Banco de urgências da Pediatria pois a sua envolvência com a criança de 0 a 5 anos com pneumonia aguda não é tão relevante para esta investigação.

## **2.5. Procedimentos Éticos**

Seguindo os parâmetros de Fortin (1999, p.114), “a ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”. De forma geral, é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta. Assim, uma carta foi dirigida à direcção do Hospital Baptista de Sousa, informando a natureza do trabalho, pedindo autorização para a referida pesquisa, a qual foi autorizada (apêndice 1).

Na sequência da colheita de dados junto dos enfermeiros do mesmo Hospital foi elaborado um modelo de consentimento informado destinado aos participantes, sobre a necessidade e os moldes da entrevista (apêndice 2). Este consentimento informado garantiu toda a liberdade de participação, o direito à intimidade e ao anonimato, de acordo com a

ética profissional e foram tratadas com sigilo e confidencialidade, preservando assim a identidade dos participantes.

Posteriormente realizaram-se as entrevistas, em conformidade com o guião de entrevista elaborado (apêndice 3), respeitando a confidencialidade, direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito ao tratamento justo e equitativo.



## **CAPITULO III – FASE EMPÍRICA**

### 3.1. Análise dos Resultados

Após o término da recolha de informações é necessário organizá-las e tratá-las de forma a convertê-las em dados. Este capítulo apresenta a análise das informações obtidas e consequentemente, a apresentação e discussão dos resultados.

Os entrevistados demonstraram interesse em participar do estudo, respondendo com espontaneidade as questões colocadas. Para preservar a confidencialidade dos entrevistados foram atribuídos as letras A, B, C, D, E, F, sendo identificados como enfermeiros.

Os entrevistados foram seis (6) enfermeiros do serviço da enfermaria da pediatria do Hospital Baptista Sousa, todos do sexo feminino, duas com idades compreendidas entre 25 a 36 anos e 4 compreendidas entre 44 a 59 anos de idade.

Quanto a habilitações académicas: 5 com licenciatura em enfermagem e 1 com curso geral de enfermagem. Referentes ao tempo de serviço como enfermeiros, 4 estabelecem o tempo de 20 a 31 anos de profissão e 2 estabelecem 1 a 6 anos de profissão. Em relação aos anos de profissão no serviço da enfermaria da pediatria, 3 estabelecem o tempo de 8 a 20 anos de serviço e 3 estabelecem 1 a 2 anos.

**Tabela 9**

**Características dos participantes**

Enf	Idade	Género	Gr. Académ	Ativ. Profiss	Serviço na Pediat.
A	44	Feminino	Licenciatura	20 anos	2 anos
B	55	Feminino	Licenciatura	31 anos	18 anos
C	50	Feminino	Licenciatura	28 anos	8 anos
D	36	Feminino	Curso Geral	6 anos	2 anos
E	59	Feminino	Licenciatura	28 anos	20 anos
F	25	Feminino	Licenciatura	1 Ano e 5 m	1 anos

Fonte: Elaboração própria.

### **3.2. Apresentação dos Dados da Entrevistas**

As informações pretendidas foram organizadas em categorias e subcategorias, para uma melhor percepção e que serão demonstradas por pequenos textos narrativos. Os dados referentes à análise qualitativa efectuada a cada uma das questões levantadas, foram divididas em quatro categorias e duas subcategorias, que a seguir se apresentam.

**Categoria 1** - Conceito de Pneumonia nas crianças

**Categoria 2** - Intervenções de enfermagem

**Categoria 3** - Dificuldades encontradas na assistência

**Categoria 4** - Cuidados de enfermagem nas crianças de 0 a 5 anos com pneumonia

**Subcategoria 4.1.**- As estratégias utilizadas pelos enfermeiros na enfermaria da Pediatria do HBS.

**Subcategoria 4.2.**- Identificar os contributos de enfermagem no HBS, para redução dos casos de pneumonia.

#### **Categoria 1: Conceito da pneumonia nas crianças 0 a 5 anos de idade**

Esta categoria foi determinada porque houve a necessidade de saber a percepção dos enfermeiros acerca do conceito da pneumonia aguda nas crianças no serviço da enfermaria da pediatria do Hospital Baptista de Sousa. O enfermeiro do serviço tem que saber o conceito da pneumonia e a sua gravidade para que possa agir com responsabilidade.

Em relação à questão colocada aos enfermeiros constatou-se que todos têm uma noção do seu significado como sendo uma doença infecciosa do pulmão, causada por vírus ou bactérias. Todos os enfermeiros têm mesma resposta sendo que dois (2) deles respondem à questão de forma mais abrangente, dizendo que a pneumonia pode acometer as regiões dos alvéolos pulmonares e interstício.

**Enfermeiro A-** *“É a inflamação do lobo ou interstício pulmonar, causada por vírus ou bactérias”.*

**Enfermeiro B** – *“É uma doença infecciosa do pulmão, não contagiosa, causada por bactérias vírus ou fungos ou ainda por agentes químicos”.*

**Enfermeiro D** – *“A Pneumonia é uma doença inflamatória no pulmão cujo quadro evolui em horas”.*

**Enfermeiro E-** *“É uma doença respiratória caracterizada por inflamação do parênquima do pulmão”.*

**Enfermeiro F-** *“É uma infecção que se instala nos pulmões que pode acometer a região dos alvéolos pulmonares e as vezes os interstícios”.*

Constata-se nessa categoria que os enfermeiros entrevistados têm noção do que representa a pneumonia aguda. A pneumonia aguda é uma infecção respiratória que pode ser provocada por vírus, bactérias, apresentando sintomas semelhantes aos da gripe que piora com o passar dos dias. Numa criança com pneumonia aguda a assistência é sempre redobrada, visto que é uma doença grave, porém de fácil tratamento desde que o tratamento seja respeitado na íntegra.

## **Categoria 2- As intervenções de Enfermagem**

Esta categoria é bastante pertinente pois, conhecer as intervenções de enfermagem nas crianças de 0 a 5 anos de idade com pneumonia aguda, é a base principal deste trabalho. O que se observou pelas respostas é que, dos enfermeiros entrevistados, cada um tem a sua opinião acerca das intervenções que deve-se ter com as crianças mas, todos têm a noção de como intervir na prestação de cuidados.

No entanto os enfermeiros A,C, D e F realçam a importância de avaliar os sinais vitais da criança e principalmente a desobstrução das vias respiratórias. Enquanto o enfermeiro B explica as fases de intervenção de enfermagem de uma forma geral.

**Enfermeiro A** – *“Providenciar os devidos cuidados de enfermagem, observar os sinais de dispneia para oxigenoterapia, fazer medicação de spo2, observar adejo nasal e avaliar a temperatura”.*

**Enfermeiro B** – *“Ao dar entrada na enfermaria, deve-se fazer a identificação dos diagnósticos de enfermagem e possíveis intervenções. Bem como a identificação das NHF mais afectadas na criança”.*

**Enfermeiro C**- *“O Enfermeiro deve avaliar o estado geral da criança, avaliar os sinais vitais, observar se tem dificuldade respiratória e tratar do posicionamento correto. Após isso, prestar os cuidados necessários”.*

**Enfermeiro D** –*“Há que vigiar a via respiratória pois a respiração esta comprometida, as narinas estão obstruídas, há que desobstruir as vias aéreas e vigiar a temperatura. Essa infecção acarreta a hipertermia, instruir a beber muito líquido”.*

**Enfermeiro F**- *“Melhorar o planejamento dos cuidados à criança acometida por esse problema, desobstrução ineficaz das vias aéreas como também fazer assistência de enfermagem à criança proporcionando-lhe um cuidado qualificado”.*

Pode-se observar, pelas respostas, a destreza e experiência dos enfermeiros, na atuação do reconhecimento e tratamento da pneumonia numa criança nesta faixa etária. É de realçar que os enfermeiros tendo o conhecimento, desenvolvem intervenções de qualidade no intuito de reduzir a ocorrência das internações hospitalares, iniciar o tratamento atempadamente e eficaz prevenindo assim as possíveis complicações.

As intervenções de enfermagem revelam-se aqui nas acções de enfermagem, a atitude e postura do enfermeiro no uso responsável dos seus conhecimentos de enfermagem.

### **Categoria 3- As dificuldades que têm sido encontradas na assistência a criança de 0 a 5 anos com pneumonia no serviço da pediatria do HBS.**

Essa categoria refere-se às dificuldades que os enfermeiros confrontam na assistência às crianças de 0 a 5 anos com pneumonia aguda, na pediatria do Hospital Baptista de Sousa.

Neste ponto pode-se constatar diferentes situações de dificuldades encontradas pelos enfermeiros. Para o enfermeiro A, essas dificuldades não existem. O enfermeiro B realçou as dificuldades concernentes ao espaço físico e à carência de material e aparelhos, enquanto o enfermeiro D referiu-se à necessidade de uma ventilação mecânica. Em unanimidade, os enfermeiros B, E, e F realçam o comportamento da criança e dos familiares, o baixo nível de escolaridade das mães como obstáculos.

**Enfermeiro A-** *“No Hospital Baptista de Sousa não há dificuldades quanto a assistência as crianças”.*

**Enfermeiro B-** *“O espaço físico é reduzido, temos carência de material e aparelhos e mães com baixo nível de escolaridade”.*

**Enfermeiro D-** *“De acordo com os recursos que temos, fazemos o nosso melhor em prol da recuperação da saúde da criança, contudo este serviço apetece de uma ventilação mecânica”.*

**Enfermeiro E-** *“De início, a rejeição à proximidade do enfermeiro que é uma pessoa estranha à criança, e do ambiente hospitalar”.*

**Enfermeiro F-** *“Por vezes tem pouca colaboração da criança e muitas vezes dos familiares no que refere ao tratamento”.*

O enfermeiro, mesmo conhecendo as intervenções de enfermagem pode encontrar obstáculos na realização de uma intervenção de qualidade, por causa de constrangimentos externos ou outras situações. Deste modo, o desempenho pode ficar além do desejado. Assim, houve necessidade de verificar as dificuldades que têm sido encontradas na assistência a criança. Um obstáculo referido pelos enfermeiros foi a baixa escolaridade dos pais e a pouca colaboração destes ou familiares. É certo que, para prestar cuidados seguros e holísticos, os enfermeiros que trabalham com crianças e familiares, necessitam de compreender o comportamento dos familiares, transmitindo-lhes confiança e segurança para que os cuidados prestados sejam eficazes.

É de realçar que um excelente profissional almeja uma intervenção adequada e esta só poderá ser feita se os obstáculos principais não existirem. A carência de material e aparelhos, o espaço físico reduzido ou a pouca colaboração dos familiares não satisfazem o profissional que pretende fazer uma intervenção de enfermagem de qualidade.

#### **Categoria 4- Cuidados de enfermagem as crianças de 0 a 5 anos com pneumonia aguda.**

Essa categoria foi delineada pela importância evidenciada ao longo deste trabalho de investigação, onde se tentou relacionar os conceitos de cuidar e intervir em enfermagem. Por isso, achou-se bastante pertinente saber até que ponto os enfermeiros diferenciam a sua intervenção como enfermeiros ou seja, prestar assistência na parte física e também cuidar dos aspectos emocionais e psicológicos da criança enferma e da família. Os enfermeiros A, C, D e E, referem-se à importância da assistência de enfermagem, como cumprir indicações médicas e vigilância à criança. O enfermeiro B entretanto destaca o planeamento dos cuidados, utilizando neste planeamento o processo de enfermagem na assistência à criança de 0 a 5 anos, hospitalizada com pneumonia aguda.

**Enfermeiro A-** *“A assistência de enfermagem é de suma importância. Em caso de pneumonia, tanto quanto as outras patologias na pediatria ou ainda em qualquer serviço.”*

**Enfermeiro B-** *“O enfermeiro tem um papel fundamental na medida em que faz o planeamento dos cuidados, utilizando o processo de enfermagem na assistência a criança hospitalizada com pneumonia”.*

**Enfermeiro C-** *“A importância é cumprir as indicações médicas, vigilância sinais vitais e manter em vigilância a criança”.*

**Enfermeiro D-** *“Numa criança com pneumonia a assistência é sempre redobrada, visto que é uma doença grave, todo cuidado e pouco”.*

**Enfermeiro E-** *“A assistência de enfermagem à criança é fundamental pois os cuidados de enfermagem é a parte que faz toda a diferença na estadia da criança hospitalizada. Cuidar é a parte essencial”.*

Em relação à percepção dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados as crianças de zero a cinco anos com pneumonia aguda, o que se constatou foi que a maioria não distinguiu o cuidar do intervir. Todos referiram, e de forma correta, aos procedimentos de intervenção de enfermagem no caso de pneumonia aguda numa criança

de 0 a 5 anos mas, a categoria refere-se ao cuidar, à situação de humanização em que o enfermeiro, para além de medicar, cuida e, faz de elo de ligação entre a criança e familiares. Transmitindo-as carinho e confiança para que delas possa cuidar com responsabilidade e assim fazer uma assistência de qualidade.

Logo é imprescindível não só a atuação dos enfermeiros, como também a sua interação com a criança e familiares, sendo esta uma relação de ajuda que facilita a comunicação e promove o cuidar, estabelecendo assim, um tratamento mais educativo para a saúde.

#### **4.1. As estratégias utilizadas pelos enfermeiros na Pediatria do HBS.**

Quanto às estratégias utilizadas pelos enfermeiros da pediatria, estas foram mencionadas, de forma unânime, em relação aos cuidados, a atenção para com a criança e familiares. Assim, escolhemos as seguintes respostas para as demonstrar:

**Enfermeiro A-** *“aproximação para ganhar confiança da criança...fazer o tratamento usando as palavras ou gestos para garantir a confiança”.*

**Enfermeiro B-** *“ É desempenhar as minhas funções com responsabilidade a fim de prestar um serviço seguro e eficaz baseando sempre na comunicação”.*

**Enfermeiro C-** *“Dar conforto físico e psicológico à criança e à mãe, orientar a mãe para estimular a ingestão de líquidos à criança e brincar com ela.”*

Portanto o que se percebe é que a estratégia utilizada pelo enfermeiro, para que a sua acção de enfermagem seja bem desenvolvida, é a comunicação e atenção para conseguir a confiança e conforto da criança e dos familiares e sua orientação. A postura do enfermeiro não é somente desenvolver ações de enfermagem, na sua intervenção mas também cuidar dos aspectos emocionais e psicológicos para que a criança internada possa ultrapassar melhor a situação de doença.

#### **4.2. Identificar os contributos de enfermagem no HBS para redução dos casos de pneumonia.**



Ao analisarmos as respostas a essa pergunta constatámos que todos os enfermeiros assentam na mesma ideia, de que devem prestar a melhor assistência enquanto alguns descreveram a assistência à criança a partir do momento em que entra na urgência da pediatria. Escolhemos a seguinte resposta por ser a que se diferencia.

**Enfermeiro A-** “ é de extrema importância uma vez que os enfermeiros cuidam da criança no seu todo logo, qualquer alteração no quadro clínico, é percebido primeiramente pelo enfermeiro. Este sempre encoraja os pais a colaborar de modo a que o filho recupere rapidamente”.

O que se percebe é que os contributos prestados pelos enfermeiros passam pela acção que desenvolvem ao longo das horas de trabalho, prestando assistência a crianças de 0 a 5 anos com pneumonia aguda na enfermaria da pediatria do HBS.

### **3.3. Conclusão dos Resultados**

Finda a pesquisa e terminada a análise das informações obtidas através das entrevistas aos enfermeiros o que se pode aqui concluir é que os objectivos traçados no início da investigação foram alcançados

Em análise ao objectivo geral, conhecer a assistência de enfermagem na enfermaria da pediatria, em crianças de 0 a 5 anos, com pneumonia aguda, fez-se claro que a enfermagem é fundamental para se fazer uma intervenção de qualidade e que, essa assistência em termos de intervenção acontece com eficácia na pediatria do Hospital Baptista de Sousa.

Quanto ao objectivo específico, identificar as estratégias utilizadas na enfermaria da Pediatria do Hospital Baptista de Sousa, como se referiu anteriormente, essas estratégias têm sido as mais adequadas e possíveis no atendimento das crianças de 0 a 5 anos, com pneumonia aguda, visto serem limitados pelo espaço reduzido, falta de materiais e equipamentos essenciais.

Em relação à identificação das limitações nas intervenções de enfermagem na pediatria do Hospital Baptista de Sousa, em crianças de 0 a 5 anos com pneumonia aguda constataram-se algumas, como foi mencionado anteriormente, o espaço reduzido e carência

de material e equipamento, a ventilação mecânica e alguma dificuldade com os familiares que muitas vezes não possuem conhecimento suficiente para ajudar em situação de tratamento da pneumonia aguda.

As acções de enfermagem na prevenção de possíveis complicações nos casos de pneumonia aguda em crianças de 0 a 5 anos na Pediatria do Hospital Baptista de Sousa, revelaram-se unicamente na intervenção dos enfermeiros e na possibilidade de interação com os pais ou familiares, informando-os e aconselhando-os no acompanhamento. As intervenções são, de certa forma concretizadas mas a falta de materiais, equipamentos e colaboração dos familiares pode-se dizer que torna-se difícil prevenir possíveis complicações nos casos referidos.

Na identificação dos contributos de enfermagem na pediatria do Hospital Baptista de Sousa, para a redução de casos de pneumonia aguda em crianças de 0 a 5 anos, pode-se dizer que, a assistência de enfermagem é um contributo satisfatório, uma vez que os enfermeiros se encontram devidamente capacitados para intervir. As suas declarações demonstram unanimidade e vão de encontro com as posições de vários autores aqui citados. Infelizmente, esse contributo encontra obstáculos que são as limitações referidas anteriormente.

Após o que se descreveu no enquadramento teórico e posteriormente à análise dos dados das entrevistas, aliados à observação no campo empírico, durante o estágio profissional, pode-se concluir que: a assistência de enfermagem à criança de 0 a 5 anos na enfermaria da pediatria do HBS é limitada.

Os enfermeiros assistem a criança fazendo uso dos conhecimentos de enfermagem mas, estas nem sempre se concretizam eficazes pela falta de equipamentos essenciais, do espaço reduzido e as lacunas existentes na relação enfermeiro-criança hospitalizada e enfermeiro-familiares.

Por ser uma doença transmissível, o espaço reduzido constitui um entrave porque crianças com pneumonia são colocadas com outras crianças enfermas.

Nas salas de internamento há muita aglomeração de pessoas, com a permanência das mães e outros familiares, o que impossibilita o arejamento necessário para o tratamento se efectuar e originando muita desarrumação e muito barulho. A concentração de muitas pessoas neste espaço implica ainda em pouca higiene não só nos quartos mas também nas

casas de banho que se encontram sempre sujas, mesmo com as frequentes limpezas dos serventes.

Em relação aos equipamentos, muitas crianças podem precisar ao mesmo tempo de aerossol ou oxigénio, mas somente existe uma máquina para cada função, isso implica que outras crianças devem aguardar, o que pode agravar o seu estado.

Em relação a materiais, só existe uma maca nesta enfermaria e as máscaras de oxigénio são utilizadas por todas as crianças, apesar de se fazer a desinfeção.

Existe uma falta de diálogo entre os enfermeiros e os familiares, falta de colaboração por parte dos familiares, que originam conflitos constantes, num espaço onde se deveria respeitar a criança enferma.

De um modo geral, concluiu-se que nesta área falta não somente investir em materiais e equipamentos, como também na realização de melhores práticas humanizadas. Os objectivos foram alcançados e serviram para acrescentar ao que se tinha dito sobre esta temática, demonstrando um maior alcance de conhecimentos por parte da investigadora.

## **Considerações Finais**

O nosso país tem estado empenhado fortemente na melhoria da saúde e, não obstante as várias dificuldades vem tentando melhorar consideravelmente o sistema de saúde principalmente no que diz respeito a técnicas e inovações mas também na formação do pessoal. Cabo Verde destaca-se entre os Países do Continente Africano com poucos índices de mortalidade infantil.

A Nação Cabo-verdiana, através do Ministério da Saúde tem mostrado atenção à pneumonia e os agentes na área de saúde vêm cumprindo o seu papel em auxiliar a população nessa área de saúde.

Sendo a pneumonia, uma das doenças que mais causa mortalidade a nível mundial, tendo em conta o número de internamentos na enfermaria da pediatria do HBS, o número de óbitos por pneumonia em menores de 5 anos em Cabo Verde, o presente trabalho pretendeu estudar de forma mais profunda essa patologia. Aliás, essa é uma das razões porque trabalhos deste tipo são elaborados. Os trabalhos científicos vêm ampliar conhecimentos para a melhoria da sua prática e sugerir possíveis mudanças na prestação de cuidados de enfermagem.

A incidência dos casos de pneumonia em Cabo Verde estão na maioria, directamente relacionadas com as fontes de risco e estas, interligadas entre si.

A baixa renda familiar tem consequência nos factores nutricionais como por exemplo a má nutrição das gestantes e o baixo peso do recém-nascido, a desnutrição e deficiência de vitamina A. Ainda por constrangimentos socio-económicos, muitas famílias são obrigadas a aglomerarem-se numa única residência, conduzindo a uma poluição intradomiciliar. O baixo nível de escolaridade das mães, na maioria jovens mães, implica também no fraco entendimento das mães em relação à doença, o que acaba por ter consequências no tratamento ambulatorio.

A vacinação incompleta da criança e o desmame muito cedo também são factores que contribuem para que a criança fique vulnerável à pneumonia. Assim, o médico assistente da gestante deve fazer o trabalho de informação durante o pré-natal e o pediatra assistente também deve ter esse papel de prevenção visto que o aleitamento materno e a

vacinação completa constituem a principal fonte de prevenção para a pneumonia em crianças menores de cinco anos.

Essa situação socio-económica, presente no País deve ser contrariada pela eficiência do serviço de enfermagem. Assim, para garantia da qualidade e eficácia das urgências da Pediatria do HBS os profissionais de saúde devem sensibilizar os pais de forma educativa como cuidar o tratamento no domicílio, visando a melhoria da qualidade do serviço prestado e garantia de cuidados humanizados de enfermagem para o bem-estar das crianças e prevenir futuras complicações.

Um outro aspecto a ter em consideração quanto à prevenção é a vacinação. A vacina utilizada nos Hospitais e Centros de Saúde para a pneumonia aguda em criança de 0 a 5 anos é a “Pentavalente”, que não combate directamente a pneumonia mas um grupo de patologias.

De acordo com autores explorados ao longo deste trabalho, o tipo de vacina adequada para a prevenção da pneumonia é a vacina antipneumocócica. Entretanto, é de realçar que em Cabo Verde não existe a vacina antipneumocócica nos hospitais ou centros de saúde. Esta deveria ser administrada às crianças logo ao nascer, assim como as outras vacinas de prevenção administradas em Cabo Verde quando as crianças nascem. Ela existe nas farmácias mas pouco acessível a nível geral, pelo custo elevado. Espera-se que no futuro ela possa ser implementada no HBS e nos Centros de saúde, como método de prevenção de pneumonia nas crianças, o que diminuiria na totalidade a mortalidade de crianças com pneumonia aguda.

É nesse contexto que os enfermeiros assumem um papel importante para combater a pneumonia nas crianças de zero a cinco anos de idade, não somente curando mas informando e cuidando. A saúde e a educação caminham lado a lado e, nos tempos atuais, graças à evolução das ciências da saúde, é possível entender a forma de transmissão das doenças e a influência que o estilo de vida de cada indivíduo tem sobre a sua própria saúde.

Sendo assim, torna-se importante evidenciar que, deve-se promover a educação em saúde, no intuito de reduzir a ocorrência das internações hospitalares e consequentemente a mortalidade infantil.

No término do trabalho pode-se constatar que os objetivos da pesquisa foram alcançados. A assistência de enfermagem à criança de 0 a 5 anos na enfermaria da pediatria

do HBS é limitada. Isso porque os enfermeiros estão preparados para intervir, com acções e estratégias capacitadas mas não o fazem de forma plena porque encontram várias limitações como a falta de equipamentos e materiais essenciais, ventilação mecânica, o espaço reduzido e as lacunas existentes na relação enfermeiro-criança hospitalizada e enfermeiro-familiares.

Em relação aos contributos de enfermagem para a redução de casos de pneumonia aguda, em crianças de 0 a 5 anos, todos os enfermeiros demonstraram que os contributos possíveis são os conhecimentos, aliados ao fato de estarem aptos para intervir da melhor forma possível para garantir a melhoria da saúde da criança e na orientação dos pais. Aqui realça-se que alguns enfermeiros evidenciam a importância do cuidar em relação às intervenções pois, o cuidar implica um apoio emocional, psicológico e uma protecção em relação aos envolvidos, à criança e familiares, ajudando não somente numa melhor prestação de cuidados mas também influenciando na saúde da criança.

De um modo geral, os resultados demonstrados neste trabalho, evidenciam a necessidade de accionar mecanismos para a melhoria da intervenção de enfermagem em crianças de 0 a 5 anos internadas no Hospital Baptista de Sousa em S.Vicente.

Resta agora referir que, a elaboração do TCC permitiu a integração dos conhecimentos num trabalho cientificamente válido, desenvolver habilidades em investigação e aprofundar conhecimentos na área que se pretende estudar, através da pesquisa bibliográfica, desenvolver capacidades críticas e reflexivas sobre o acto do cuidar e refletir no tema em estudo no sentido de uma melhoria da prestação de cuidados.

Foram momentos árdios e muitas vezes desesperantes, pelos obstáculos encontrados tais como, a falta de bibliografia adequada ao trabalho e o pouco conhecimento das técnicas de um trabalho científico mas que revelou-se um sentimento gratificante pelos conhecimentos adquiridos pelo investigador no campo científico.

Finalmente, é de se referir o empenho e dedicação com que esta monografia foi elaborada e espera-se que ele suscite mudanças, novas ideias e novos trabalhos académicos sobre a temática.

## Recomendações

Durante o estágio clínico, constou-se um nível elevado de incidência de crianças de 0 a 5 anos com pneumonia aguda. Também constatou-se que muitas delas retornavam à pediatria com um agravamento da patologia. Observou-se ainda que a falta de conhecimento por parte dos familiares dificulta o tratamento e o elo entre estes e o enfermeiro não favorece uma assistência de qualidade. Com base no tema escolhido para a elaboração desta monografia, “*Intervenções de enfermagem nas crianças de 0 a 5 anos com pneumonia aguda*” e, após a pesquisa sugerem-se algumas propostas, no intuito de diminuir consideravelmente a incidência de casos de pneumonia aguda em crianças nesta faixa etária, na Pediatria do Hospital Baptista de Sousa.

- Apoiar a mães e familiares no processo de tratamento domiciliar, fortalecendo a relação com a família e criança durante o tratamento, seja ambulatorio ou de internamento.
- Informar mais as pessoas acerca da gravidade da doença. Essa informação pretende-se articulada com os outros sectores de saúde pois a informação deve iniciar de forma correcta e precoce, desde a gestação.
- Melhorar condições físicas na Pediatria do Hospital Baptista de Sousa.
- Aliviar a carência de materiais e aparelhos, como a ventilação mecânica.
- Implementar o uso da vacina antipneumocócica nos recém-nascidos, nos Hospitais e centros de saúde. A referida vacina seria uma acção de prevenção e um contributo de enfermagem importante para a redução dos casos de pneumonia aguda em crianças de 0 a 5 anos de idade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A ENCICLOPÉDIA DA NOVA MEDICINA. (2006). *Medicina integrada para todas as idades*. EUA : Duke University.

BENGUIGUI, Y. (1997). *Infecções respiratórias agudas: fundamentos técnicos e estratégias de controle*. Washington: OPAS. P3-19

BIBLIOTECA DA OMS Organização Mundial de Saúde. (2005) *Cuidados Hospitalares para Criança: Normas para Manejo de Doenças frequentes com Recursos Limitados*, Portugal: Minimum Graphics.

BOOF, L. (1999). *Saber cuidar, Ética do humano*, Compaixão pela terra, 8ªEd. RJ:Vozes

CARVALHO, M., (2010). *Manual de protocolos terapêuticos de pediatria*.1ªed.

CARPENITO, L.J. (1999). *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. 6ª. ed. Porto Alegre: Artmed.

CARPENITO, L.J. (2003). *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. 9ªed, Porto Alegre: Artmed.

CORDEIRO, M. (2008). *O Livro da criança do 1 aos 5 anos*. 2ªed. Lisboa: Esfera dos livros.

DINIZ, E., COSTA VAZ, F.A. (1991). *Infecções Congénitas e perinatais*. São Paulo: Atheneu.

FONSECA, M. (2001). *Normas e Técnicas da Vacinação*. Direcção Geral da Saúde. PMI/PF/PAV.Praia. Cabo Verde.

FORTIN, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*.1ªEd. Loures: Lusociência.

FORTIN, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Edições Técnicas e científicas.Loures: Lusociência.

FREITAS e COSTA, M. (1990). *Pneumonologia na prática clínica*. Lisboa.3ºvolume.

GUYTON, A. e HALL, J. (2011). *Tratado de Fisiologia Medica*.12ªed.São Paulo:Elsevier

GRAÇA, A. (2014). *Introdução a Investigação Científica*.2ª Edição.Mindelo.



- GRISI S., (1996). *Pneumonias Bacterianas agudas*. São Paulo: Atheneu.
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no Hospital, Enquadrar os cuidados de enfermagem na perspectiva do cuidar*, Loures: Lusociência. 1ª Edição.
- JIMENEZ, C. (1983). Puericultura . *Como prevenir e tratar de doenças Infantis*. CETOP.
- JOHNSON J., e KEOGH J., (2010). *Enfermagem Pediátrica desmistificada. Um guia de auto aprendizagem*. Portugal: Lusodidacta
- MARCONI, M. A., e LAKATOS, E. M. (2006). *Técnicas de Pesquisa*. 6ª ed, São Paulo: Atlas.
- MORLEY, D. (1980). *Pediatria no Mundo em Desenvolvimento. Prioridades*. Edições Paulinas. São Paulo.
- MOTA, C. (1998). *Lições de Pediatria II parte*. Coimbra.
- NELSON, W.E., ARVIN, A.M., BEHRMAN, R.E., KLIEGMAN, R. (1997). *Tratado de Pediatria*, 15ªed, Rio de Janeiro.
- OMS, (2005). *Cuidados hospitalares para crianças*. Livro de Bolso. Normas para o manejo de doenças frequentes com recursos limitados. Geneva.
- PINTO, J.P., GUARESHI, A.D.F. (2006). *Educação em saúde no contexto da saúde à criança*, São Paulo.
- POTTER, P.A., PERRY, A.G. (1998). *Infecções de Vias Aéreas Inferiores: Grande Tratado de Enfermagem Prática: clínica e prática hospitalar*, 3ª ed, Rio de Janeiro.
- PRODANOV, C. FREITAS, H. (2013). *Metodologia do trabalho Científico. Métodos e técnicas da pesquisa do trabalho Científico*. Rio Grande do Sul. Brasil.
- PRAVENAR(2015). ENA/90006/2015. [http://www.emea.europa.eu/humanos/humans/EPA\\_R/Pravenar/pravenar.htm](http://www.emea.europa.eu/humanos/humans/EPA_R/Pravenar/pravenar.htm). Acesso em Dezembro 2016.
- REPÚBLICA DE CABO VERDE, Ministério da Saúde. Relatório Estatístico 2010-2014. Praia, 2014. Disponível em [www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-/1/208--103/file](http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-/1/208--103/file)
- ROZOV, T., (1994). *Pneumonias Bacterianas agudas*. Curso Nestlé de actualização em Pediatria.

ROZOV, T., (1999). *Doenças Pulmonares em Pediatria: Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Atheneu.

SCHVARTSMAN S., (1991). *Intoxicações agudas*. 4ªed.São Paulo. Sarvier.

SUCUPIRA, A., BRESOLIN, A., MARCONDES, E. SAITO, M. DIAS, M., ZUCCOLOTTO, S. (1996). *Pediatria em Consultório*, 3ª ed, São Paulo: Sarvier.

STANHOPE, M. LANCASTER, J. (1999). *Enfermagem Comunitária*, promoção de grupos, famílias e indivíduos. Lusociência. Lisboa.

VIANA, M. et al. (2004). *Atenção à saúde da criança*. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde.

WHALEY, L. WONG, D. (1999). *A criança com Distúrbios Respiratórios: Infecções das vias aéreas inferiores*: Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed ,Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

## LISTA DE SITES CONSULTADOS

Sistema Respiratório - [www.auladeanatomia.com](http://www.auladeanatomia.com) – consultado em 04/05/2016

Diferença entre um pulmão saudável e doente - [www.ehow.co.br](http://www.ehow.co.br) – consultado em 18/06/2016

Vacina Pneumocócica 10 (conjugada) - guia do Bebê [www.guiadobebe.uol.br](http://www.guiadobebe.uol.br) – consultado em 24/06/2016

Vacina Pneumocócica conjugada minha vida - [www.minhavidacom.br](http://www.minhavidacom.br) – consultado em 25/06/2016

Dados estatísticos mundiais da pneumonia – <http://www.afro.who.int/pt/centro-media/afrofeature/item/7719>

## ANEXOS

### Anexo 1- Casos de Pneumonia em menor de cinco anos, notificados por Delegacias de Saúde de Cabo Verde - 2010 a 2014

Concelho	2010	2011	2012	2013	2014
Praia	438	915	558	339	281
S.Domingos	17	18	20	11	6
S.Catarina	214	170	231	122	132
S.Cruz	97	66	121	63	20
Tarrafal	51	79	97	96	62
S.Miguel	22	25	57	35	21
Maio	2	2	19	17	3
S.Filipe	58	66	139	86	129
Mosteiros	15	2	22	9	8
S.Vicente	144	197	197	196	209
S.Nicolau	23	7	7	3	9
R <sup>a</sup> Grande	21	24	24	35	23
Porto Novo	20	6	6	9	7
Paúl	20	1	1	0	2
Sal	0	3	3	10	14
Boa Vista	22	13	13	34	31
Brava	0	N/D	N/D	N/D	2

---

Fonte :SVE/DNS

## Anexo 2 – Evolução da taxa de mortalidade Infantil em Cabo Verde- 2010 a 2014

Taxas	2010	2011	2012	2013	2014
Mortalidade Infantil	22,9	23,0	22,3	21,4	20,3
Mortalidade Neonatal Precoce (0 a 6 dias)	11,2	14,1	11,7	13,4	10,8
Mortalidade Neonatal Tardia (7 a 27 dias)	3,1	2,3	3,7	2,7	4,4
Mortalidade Pós-Neonatal (28 a 364dias)	8,5	6,6	7,0	5,4	5,0
Mortalidade Perinatal	26,5	26,3	27,9	25,5	25,0
Mortalidade Juvenil (1 a 4 A)	0,9	0,8	1,1	0,6	0,6
Mortalidade <de 5 Anos *	26,3	26,2	26,3	23,6	22,5
Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos	49,1	48,4	9,6	37,9	9,4
Taxa Bruta de Mortalidade geral	4,8	5,1	5,2	4,9	4,9

Fonte: SVIRE/VERBETESDE OBITOS/DNS/MS

Anexo 3 - Evolução das causas da mortalidade Infantil em C.Verde, 2010 a 2014

Causas de óbito (agrupadas)	2010	2011	2012	2013	2014
Afecções perinatais	122	147	141	149	136
Anomalias congénitas	22	29	22	24	25
Infecciosas e parasitárias	41	26	30	21	14
Afecções respiratórias	19	15	8	13	11
Sintomas e sinais mal definidos	7	5	9	2	8
Doenças do aparelho circulatório	3	4	1	3	5
Doenças do sistema nervoso central	9	3	6	3	3
Traumatismos e envenenamentos	4	3	10	5	5
Causas externas					4
Doenças metabólicas endócrinas e Nutricionais	4	2	4	2	2
Doenças do aparelho do genito urinário					2
Outras causas	2	4	2	4	0
Total	233	238	233	226	215

Fonte: SVIRE/VERBETESDE OBITOS/DNS/MS

#### Anexo 4 – Causas da mortalidade em menores de cinco anos em C.Verde

CAUSAS	Total	%	N.º óbitos	N.º óbitos
			<1A	1 - 4 A
Afecções perinatais	136	56,9	136	0
Anomalias congénitas	26	10,9	25	1
Infecciosas e parasitárias	17	7,1	14	3
Afecções respiratórias	12	5,0	11	1
Traumatismos e envenenamentos	12	5,0	5	7
Causas externas	10	4,2	4	6
Sintomas e sinais mal definidos	9	3,8	8	1
Doenças do aparelho circulatório	8	3,3	5	3
Doenças do sistema nervoso central	4	1,7	3	1
D. metaból. Endocr. Nutricionais	2	0,8	2	0
Outras causas	3	1,3	2	1
Total	239	100,0	215	24

Fonte: SVIRE/VERBETESDE OBITOS/DNS/MS

## Anexo 5 – Guia Terapêutico das pneumonias agudas

Agente	1ª Escolha	Dose/kg/Dia	Duração Média (Dias)	2ª Escolha	Local de Tratamento Preferencial
<i>S. pneumoniae</i>	penicilina procaina ou cristalina	50.000 a 100.000U	5 a 7	eritromicina lincomicina penicilina — benzatina	domiciliar ou hospitalar se necessário medicação endovenosa
<i>H. influenzae</i>	amoxicilina ou ampicilina	50 a 100mg	7 a 10	cloranfenicol cefaclor	domiciliar
<i>S. aureus</i>	oxacilina*	100 a 200mg	21	cefotaxime amicacina vancomicina	hospitalar
<i>Streptococcus sp</i>	penicilina cristalina	100.000U	14 ou+	lincomicina vancomicina	hospitalar
<i>P. aeruginosa</i>	amicacina ou tobramicina + carbenicilina ou ceftazidima	15mg 5-7mg 500mg	14 a 21	imipenen ceftazidima	hospitalar
<i>K. pneumoniae</i> e outros agentes Gram-negativos	amicacina ou tobramicina*	15mg 5-7mg	14	cefotaxime ceftriaxone	hospitalar

## Anexo 6 – Classificação da intensidade da crise aguda na criança

	Leve	Moderada	Grave
Dispnéia	Ausente ou leve; fala frases completas, deambula	Moderada; fala frases incompletas/parciais; lactente: choro curto, dificuldade alimentar	Grave; fala frases curtas/monossilabos; posição semi-sentada, > dificuldade alimentar
Consciência	Normal	Normal ou excitada	Excitada ou deprimida
Frequência respiratória**	Aumentada	Aumentada	Geralmente > 30/min
Retração da musculatura acessória	Leve ou nenhuma, retração intercostal	Moderadas retrações (subcostais e esternocleidomastóideas)	Retrações intensas
Russos	Sibilos, fim da inspiração	Sibilos ins e expiratórios	Murmúrio inaudível Pobre entrada de ar
Pulso paradoxal	< 10mmHg	10-20mmHg	20-40mmHg
SpO <sub>2</sub> (previsto)	70-90%	50-70%	< 50%
SatO <sub>2</sub> (ar ambiente)	> 95%	91-95%	< 90%
PaO <sub>2</sub> (ar ambiente)	Normal	em torno de 60mmHg	< 60mmHg
Paco <sub>2</sub>	< 40mmHg	< 40mmHg	> 45mmHg

\*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos indicam a classificação geral da crise aguda.

\*\*Tabela de Frequência Respiratória em crianças normais.

Idade	FR
< 2 meses	< 60/min
2-12 meses	< 50/min
1-5 anos	< 40/min
6-8 anos	< 30/min

Fonte: Doenças Pulmonares em Pediatria (Rozov, T., 1999, pg.649)

Anexo 7 – Tabela de avaliação de PO<sub>2</sub>

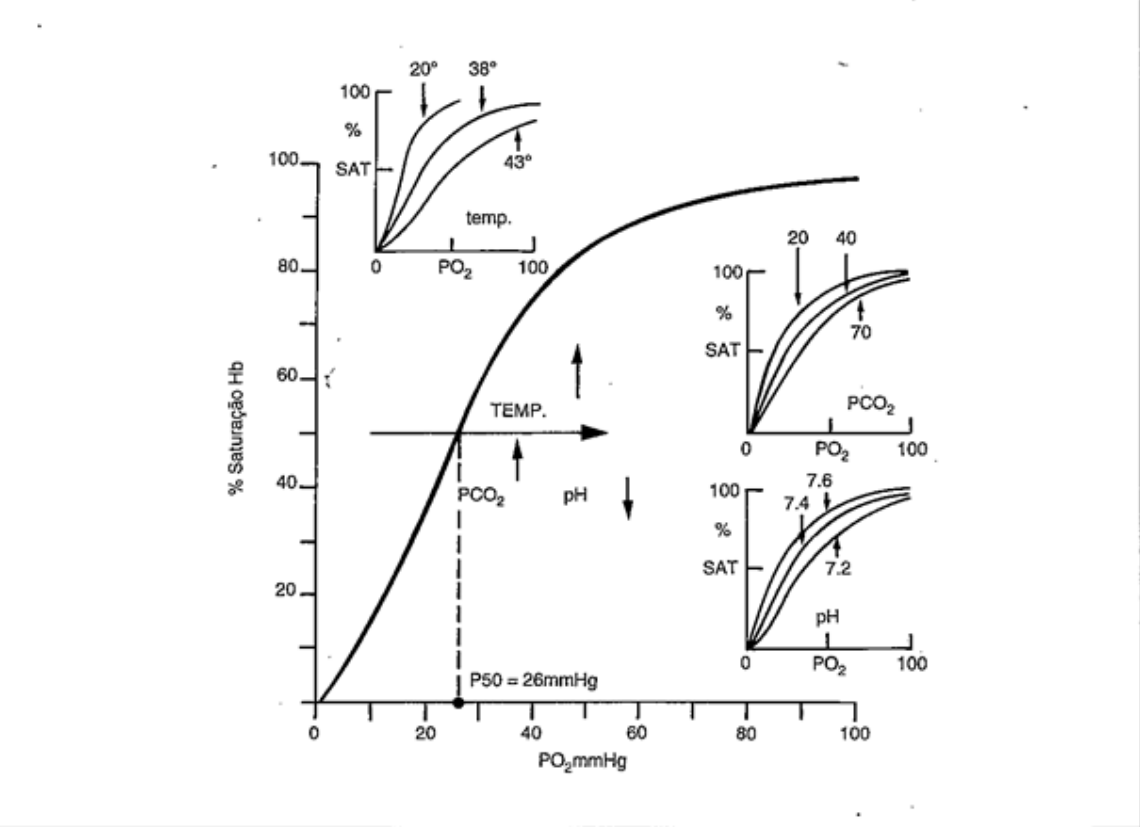


Fig. AP3 — Desvio da curva de dissociação da oxiemoglobina em função do pH, PCO<sub>2</sub> e temperatura<sup>6</sup>.

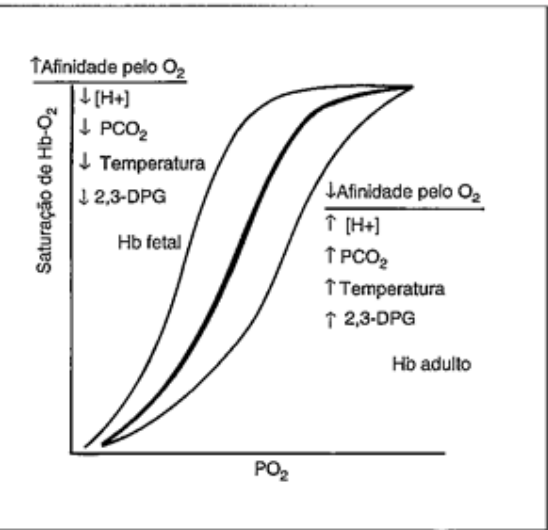


Fig. AP4 — Fatores que afetam afinidade Hb-oxigênio. 2,3-DPG = 2,3-difosfoglicerato. (Segundo Hay WW. Physiology of oxygenation and its relation to pulse oximetry in neonates. J Perinatol 7:309-319, 1987.)

Tabela AP19 Valores de Oxigênio Normais para o Sangue* Arterial e Venoso			
Medida	Sangue		
	Arterial	Venoso	Diferença
PO <sub>2</sub> (mmHg)	100	40	60
O <sub>2</sub> saturação (%)	97	75	22
O <sub>2</sub> Hb (volume %)	19,5	15,1	4,4
O <sub>2</sub> dissolvido/plasma (volume %)	0,3	0,12	0,18
O <sub>2</sub> conteúdo (volume %)	19,8	15,2	4,6

Modificado de Burgess WR, Chernick V. Respiratory therapy in Newborns, Infants and Children, pp. 30-58. New York. Thieme Medical Publishers, 1982.

PO<sub>2</sub>, pressão de O<sub>2</sub>; Hb = hemoglobina; \*Hb concentração = 15g/dl.

Fonte: Doenças Pulmonares em Pediatria (Rozov, T.,1999, pg. 646)



## Anexo 8 - Processo Clínico do Utente



Processo Clínico Nº \_\_\_\_\_ Ano de \_\_\_\_\_  
Enfermaria \_\_\_\_\_ Cama nº \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Nome \_\_\_\_\_  
Idade \_\_\_\_\_ D. Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Naturalidade { Freguesia \_\_\_\_\_ Doc. Identificação { B.I. / Passap. Nº \_\_\_\_\_  
Concelho \_\_\_\_\_ Cédula Nº \_\_\_\_\_  
Ilha \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_  
Profissão \_\_\_\_\_ Residência \_\_\_\_\_  
Filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_  
Contacto familiar \_\_\_\_\_ Nº Telefone \_\_\_\_\_  
Documento de admissão \_\_\_\_\_  
Data entrada \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Proveniência: B. Urgência ☐ C. Externa ☐  
Evacua \_\_\_\_\_

O Enfermeiro

Médico assistente \_\_\_\_\_  
Motivo de internamento \_\_\_\_\_

### REGISTO DE SAÍDA

	Nº TABELA
Diagnóstico _____	_____
Doenças coexistentes _____	_____
Doenças intercorrentes _____	_____

Resultado { Da doença principal \_\_\_\_\_  
Das doenças coexistentes \_\_\_\_\_  
Das doenças intercorrentes \_\_\_\_\_

Alta em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ Falecido em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas  
Transferido para \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

O Clínico,

[illegible]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## REGISTO DE SAÍDA

Saída de de 20

Total de dias de hospitalização . . . . .

Caução .....

Acompanhamento de família . . . . .

Honorários clínicos . . . . .

Medicamentos .....

Análises .....

Imagiologia .....

Piso da sala de operações . . . . .

<b>Alquiler de instrumentos cirúrgicos . . . . .</b>	<b>28</b>
--	-----------

Total . . . . .

0 \_\_\_\_\_

Anexo 9 – Número de internamento no serviço de Pediatria do HBS em crianças dos 0 – 5 anos por pneumonia aguda/broncopneumonia (CID 10-J18) 2010 a 2014

**ANO 2010**

Current selection: NUMDIAG="j15 (CID 10-**PNEUMONIA AGUDA**)"

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j15")

SEXO			
NUMDIAG	F	M	Total
J15	28	31	59
Total	28	31	59

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j15")

SEXO			
ANOS	F	M	Total
0	9	7	16
1	10	7	17
2	6	8	14
3	2	3	5
4	1	5	6
5	0	1	1
Total	28	31	59

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j18")

NUMDIAG	Freq	Percent	Cum.
J18	85	100.0%	100.0%
Total	85	100.0%	

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j18")

NUMDIAG	SEXO		Total
	F	M	
J18	41	44	85
Total	41	44	85

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j18")

ANOS	SEXO		Total
	F	M	
0	15	15	30
1	16	16	32
2	5	8	13
3	3	3	6
4	1	1	2
5	1	1	2
Total	41	44	85

**ANO 2011**

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j15-PNEUMONIA AGUDA")

SEXO			
NUMDIAG	F	M	Total
J15	15	16	31
Total	15	16	31

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j15")

SEXO			
ANOS	F	M	Total
0	6	5	11
1	4	5	9
2	1	4	5
3	2	0	2
4	1	1	2
5	1	1	2
Total	15	16	31

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j18"BRONCOPNEUMONIA)

SEXO			
ANOS	F	M	Total
0	20	44	64
1	23	34	57
2	15	9	24
3	7	6	13

4		3	1		4
5		2	2		4
-----+-----+-----					
Total		70	96		166

## ANO 2012

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j15"-+PNEUMONIA)

SEXO				
ANOS		F	M	Total
-----+-----+-----				
0		7	13	20
1		6	10	16
2		9	5	14
3		2	5	7
4		4	4	8
5		1	5	6
-----+-----+-----				
Total		29	42	71

Current selection: (NUMDIAG="j15") AND (serv="ped")

SEXO		Freq	Percent	Cum.
-----+-----				
F		29	40.8%	41.4%
M		42	59.2%	100.0%
-----+-----				
Total		71	100.0%	

Current selection: serv="ped") and NUMDIAG="j18"

SEXO				
ANOS		F	M	Total
-----+-----+-----				
0		21	46	67
1		24	34	58
2		15	9	24
3		7	6	13
4		3	1	4
5		2	2	4
-----+-----+-----				
Total		72	98	170

### **ANO 2013**

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j18"-BRONCOPNEUMONIA)

SEXO				
ANOS		F	M	Total
-----+-----+-----				
0		27	35	62
1		18	20	38
2		11	9	20
3		6	6	12
4		4	3	7
5		4	1	5
-----+-----+-----				
Total		70	74	144

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j18")

SEXO		Freq	Percent	Cum.
-----+-----				
F		70	48.6%	48.4%
M		74	51.4%	100.0%
-----+-----				
Total		144	100.0%	

Current selection: (NUMDIAG="j15") AND (serv="ped")

SEXO		Freq	Percent	Cum.
-----+-----				
F		28	53.8%	48.6%
M		24	46.6%	100.0%
-----+-----				
Total		52	100.0%	

Current selection: (NUMDIAG="j15") AND (serv="ped")

ANOS		SEXO		Total
		F	M	
-----+-----+-----				
0		6	4	10
1		5	6	11
2		5	7	12
3		3	4	7
4		6	1	7
5		3	2	5
-----+-----+-----				
Total		28	24	52



## ANO 2014

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j18")

ANOS	SEXO		
	F	M	Total
0	27	35	62
1	18	20	38
2	11	9	20
3	6	6	12
4	4	3	7
5	4	1	5
Total	70	74	144

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j18")

SEXO	Freq	Percent	Cum.
F	70	48.7%	48.6%
M	74	51.3%	100.0%
Total	144	100.0%	

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j15")

ANOS	SEXO		
	F	M	Total
0	6	4	10

1		5	6		11
2		5	7		12
3		3	4		7
4		6	1		7
5		3	2		5
-----+-----+-----					
Total		28	37		72

Current selection: (serv="ped") AND (NUMDIAG="j15")

SEXO		Freq	Percent	Cum.
-----+-----				
F		35	48.6%	48.6%
M		37	51.4%	100.0%
-----+-----				
Total		72	100.0%	

Fonte: Dados estatísticos do HBS

## APÊNDICES

### Apêndice 1 – Pedido de Autorização para recolha de dados na pediatria - HBS

*João Medeiros de  
Pediatria - para fazer  
cer. e entrevistas il. che.  
de enfermagem.  
De 2016 - 9.23*

*Sem inconvenientes  
para o serviço. Logo para  
dos chefes de enfermagem  
Dra. Silvana 29/10/16*

Exmo. Diretora do Hospital Baptista de Sousa

Dra. Ana Brito

Cc: Coordenador do Curso de Enfermagem

*Com meu  
conhecimento  
Dra. Silvana*

Mindelo, São Vicente, 13 de Setembro de 2016

Assunto : Solicitação de autorização para a recolha de informações

Jayce Amede Furtado Onofre Volta, aluna nº 2563 do 4º ano de licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso / monografia intitulado “Intervenções de enfermagem em crianças de zero a cinco anos com pneumonia aguda”, vem por este meio, mui respeitosamente solicitar a v.excia que se digne autorizar a realização de entrevistas e colheita de dados clínicos, junto da Pediatria do Hospital de Sousa, que possam ser necessários à realização do referido trabalho, no período compreendido entre Setembro a Outubro de 2016.

A monografia acima referida tem por objectivo geral: Identificar as limitações nas intervenções de enfermagem em crianças de zero a cinco anos, com pneumonia aguda. Os objectivos específicos pretendidos são:

- Identificar as estratégias utilizadas na Urgência e enfermaria da pediatria, no atendimento das crianças de zero a cinco anos, com pneumonia aguda.
- Verificar a assistência dos enfermeiros na enfermaria da Pediatria, em casos de pneumonia aguda em crianças de zero a cinco anos.
- Descrever as acções de enfermagem na prevenção de possíveis complicações nos casos de pneumonia aguda em crianças de zero a cinco anos.
- Identificar os contributos de enfermagem para a redução de casos de pneumonia aguda em crianças de zero a cinco anos.

É de salientar ainda que o trabalho será orientado pela metodologia qualitativa e a recolha de informações será feita através de entrevistas a enfermeiros da pediatria,

devidamente validadas pelo efeito e que atenderá a todos os princípios éticos, inerentes ao processo de investigação.

Antecipadamente grata pela vossa atenção e colaboração e na expectativa de uma resposta favorável, subscrevo-me com os mais respeitosos cumprimentos,

A Estudante,

*JAYCE AMEDE FURTADO ONOFRE VOLTA*

Jayce Amede Furtado Onofre Volta

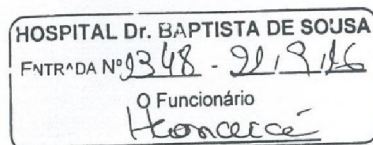
A Coordenação,

*Suelly Reis*



Contatos: 232 43 38/ 586 92 97

Email: [Jaycefurtado@outlook.com](mailto:Jaycefurtado@outlook.com)



## Apêndice 2 – Termo de Consentimento Informado

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**Jayce Amede Furtado Onofre Volta**, aluno nº 2563 do 4º ano de licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso / monografia intitulado “**Intervenções de enfermagem em crianças de zero a cinco anos com pneumonia aguda**”, gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa, necessária à realização do referido trabalho, no período compreendido entre Setembro a Outubro de 2016.

A sua participação é pertinente pois, a recolha das informações será através de uma entrevista com perguntas abertas, que serão de extrema importância ao trabalho.

Aproveita para esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária podendo assim, recusar ou desistir no momento que achar oportuno, sem qualquer prejuízo.

Mais lhe informa que as informações concedidas serão utilizadas para os efeitos da pesquisa e tratadas com total sigilo e confidencialidade, preservando assim a sua identidade.

Antecipadamente grata pela sua atenção e colaboração e, na expectativa de uma resposta favorável,

Mindelo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

Enfermeiro(a)

\_\_\_\_\_

A Estudante / pesquisadora,

\_\_\_\_\_

Jayce Amede Furtado Onofre Volta

## Apêndice 3 – Guião de Entrevista

### Guião de entrevista para os enfermeiros da Pediatria

No âmbito do Trabalho de Conclusão do Curso para obtenção do Grau de Licenciatura em enfermagem na Universidade do Mindelo, solicito a vossa participação numa entrevista baseada neste guião, com a intenção de se conhecer as **Intervenções de enfermagem em crianças de zero a cinco anos com pneumonia aguda**, neste serviço de pediatria.

Agradecimentos.

#### A. Caracterização Geral

1. Sexo- Feminino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_
2. Idade- \_\_\_\_\_
3. Habilitações Académicas- \_\_\_\_\_
  - 3.1 Licenciado- \_\_\_\_\_
  - 3.2 Mestrado- \_\_\_\_\_

#### B. Categoria profissional.

1. Tempo de atividade profissional \_\_\_\_\_ Anos
2. Tempo de atividade Profissão no serviço da Pediatria- \_\_\_\_\_ Anos

#### C. Percepção sobre o desempenho do enfermeiro

1. Na sua percepção o que significa a pneumonia aguda?

---

---

---

2. Qual o papel do enfermeiro quando uma criança de 0 a 5 anos, dá entrada na urgência e enfermaria da pediatria com pneumonia aguda?

---

---

---

---

3. Que atendimento é prestado à criança?

---

---

---

4. Que problemas proporcionam o desencadeamento da pneumonia aguda numa criança de 0 a 5 anos?

---

---

---

5. Como considera a doença, quanto à sua gravidade, numa criança de 0/5 anos ?

---

---

---

6. Que dificuldades têm sido encontradas na assistência à criança de 0 a 5 anos com pneumonia aguda, no serviço da pediatria do HBS?

---

---

---

---

7. Como enfermeiro, quais as estratégias utilizadas no tratamento da criança de 0/5 anos, com pneumonia aguda, na enfermaria e urgências da pediatria do HBS?

---

---

---

---

8. Para si é importante conhecer os sinais e sintomas da pneumonia aguda? Porquê?

---

---

---

9. Que recomendações deverão ser feitas aos familiares, para que a criança não retorne ao hospital por pneumonia?

---

---

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**10.** Que ações desenvolvem os enfermeiros na contribuição para a redução de casos de pneumonia na pediatria do HBS?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**11.** Quais as ações de enfermagem na prevenção de possíveis complicações da pneumonia, na Pediatria do HBS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**12.** Na sua opinião qual é a importância da assistência de enfermagem às crianças com pneumonia aguda? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Mindelo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

*Muito obrigada!*